



Seguros de Salud

Néctar Salud

Seguro de Asistencia Sanitaria

Condiciones Generales

El presente contrato se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, del Contrato de Seguro, y por lo dispuesto en estas Condiciones Generales y en las Condiciones Particulares de la propia póliza.

Néctar Salud es una marca registrada por Sahna-e, cuya denominación social es Sahna-e, Servicios Integrales de Salud, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros, Unipersonal, inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, Tomo 25.288, Folio 123, Sección 8, Hoja M-455325, y en el Registro de Entidades Aseguradoras con el número C-775, tiene su domicilio social en España, sito en la Avenida de Burgos número 19, 28036 de Madrid y tiene como número de identificación fiscal A-85372597.

El control y supervisión de la actividad del Asegurador corresponde a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía y Hacienda del Estado Español.

Los Tomadores, Asegurados, Beneficiarios, terceros perjudicados o derechohabientes de cualquiera de los anteriores podrán plantear reclamación ante:

Centro de Atención de Reclamaciones

Si el Asegurado estuviera disconforme con la resolución dictada por el Asegurador, podrá formular su queja o reclamación ante este Departamento.

Para ello será necesario que el interesado presente un escrito en el que se haga constar sus datos personales, el motivo de la queja o reclamación, con especificación clara sobre las cuestiones sobre las que se solicita un pronunciamiento, el departamento o servicio donde se hubieran producido los hechos, declaración expresa de no tener conocimiento de que la materia objeto de la queja o reclamación esté siendo sustanciada en un procedimiento administrativo arbitral o judicial, y el lugar, fecha y firma. Asimismo, el interesado deberá aportar las pruebas que obren en su poder.

La reclamación se podrá presentar en la dirección de correo electrónico, habilitada al efecto, mediante el sistema de firma electrónica avanzada.

Comisionado para la Defensa del Cliente (Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones)

Debiéndose acreditar que ha transcurrido el plazo de 2 meses sin recibir respuesta del Centro de Atención de Reclamaciones o que éste ha desestimado su petición.

Juzgados y Tribunales

En cualquier caso podrá acudir a los Juzgados y Tribunales, siendo competentes los del domicilio del Asegurado.

ÍNDICE

Definiciones	7
Objeto	9
Cobertura del seguro	9
Exclusiones	17
Periodos de carencia	18
Cuadro Médico	19
Procedimiento de reembolso	20
Duración del seguro	21
Primas	22
Derechos y Deberes del Tomador y Asegurados	23
Subrogación	24
Indisputabilidad	25
Tributos	25
Extravío o destrucción	25
Comunicaciones	26
Prescripción	26
Jurisdicción	26
Protección de datos de carácter personal	26

ANEXOS

ANEXO I. Asistencia en Viaje	31
ANEXO II. Servicio de Segundo Diagnóstico Internacional	33
ANEXO III. Servicio Odonto-Estomatológico	34
ANEXO IV. Otros Servicios Complementarios de Salud	35
ANEXO V. Servicio Médico Telefónico y Telemático	35
ANEXO VI. Servicio de Consejo Psicológico Telefónico	35

Definiciones

Asegurador

Persona jurídica que, en contraprestación al cobro de la correspondiente prima, asume la cobertura del riesgo objeto de esta póliza y garantiza las prestaciones que correspondan con arreglo a las estipulaciones de la misma.

Tomador

Persona física o jurídica que contrata la cobertura del riesgo objeto de esta póliza para cada Asegurado.

Asegurado

Persona física sobre la que se estipula la cobertura de los riesgos objeto de esta póliza.

Póliza

Documento que contiene las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte integrante de la póliza: las Condiciones Generales, las Particulares, así como los Suplementos o Apéndices que se emitan a la misma para complementarla o modificarla.

Fecha de efecto

Fecha en que entrará en vigor la cobertura pactada para cada uno de los Asegurados.

Carencia

Periodo de tiempo computado desde la fecha de efecto de la póliza para cada Asegurado, durante el cual no son efectivas determinadas coberturas para dicho Asegurado.

Prima

Precio de la cobertura cuyo importe, junto con los impuestos, tasas o recargos que correspondan, deberá satisfacer el Tomador o el Asegurado según las condiciones establecidas en la presente póliza.

Franquicia

Importe que debe satisfacer el Tomador o Asegurado al Asegurador por el uso del Cuadro Médico Concertado, según las condiciones establecidas en la presente póliza.

Acto Médico

Toda asistencia sanitaria realizada por un profesional de la medicina, prueba médica diagnóstica o terapéutica, y/o tratamiento médico encaminado a la recuperación del estado de salud de un Asegurado.

Accidente

Todo evento acaecido durante la vigencia de esta póliza derivado de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado, que produzca lesiones corporales y haga preciso tratamiento médico o quirúrgico.

A.T.S./D.U.E.

Profesional legalmente capacitado y autorizado para el ejercicio de la actividad de enfermería.

Enfermedad

Toda alteración de la salud del Asegurado no causada por accidente, que sea diag-

nosticada por un médico y haga preciso un tratamiento médico o quirúrgico.

Enfermedad congénita

Toda enfermedad con la que nace el Asegurado, por haberse contraído en el seno del útero materno o por tener un origen genético.

Enfermedad de larga duración

Procesos patológicos con tendencia a la cronificación, tales como los accidentes cerebro-vasculares (ACV), procesos comatosos, procesos rehabilitadores en personas de edad avanzada, enfermedades terminales, etc., con hospitalización del Asegurado por prescripción facultativa por un periodo superior a 60 días de forma continuada en cada año natural. Es decir, patologías cuyo tratamiento, una vez superada su fase crítica o aguda, pasa a ser de carácter paliativo y no curativo.

Enfermedad preexistente

Toda enfermedad del Asegurado contraída y/o padecida con anterioridad a la contratación de este seguro.

Hospital

Todo establecimiento autorizado legalmente para el tratamiento médico o quirúrgico de enfermedades o lesiones corporales, atendido permanentemente por un médico. No se consideran hospitales, a efectos de esta póliza, los hoteles, residencias de tercera edad, asilos, casas de reposo o de convalecencia, balnearios, instalaciones dedicadas principalmente al

internamiento o tratamiento de enfermedades crónicas, drogadictos o alcohólicos, o instituciones similares.

Hospitalización

Se entiende por hospitalización a efectos de este contrato la permanencia del Asegurado como paciente en un hospital por un periodo mínimo de 24 horas.

Hospitalización de carácter socio-familiar

Asistencia no derivada de patologías médicas objetivas, por lo tanto no susceptibles de ingreso en un hospital a juicio de un médico concertado por el Asegurador.

Intervención quirúrgica

Toda operación mediante incisión u otra vía de abordaje interno efectuada por un médico y que requiere la utilización de una sala de operaciones.

Médico

Profesional legalmente capacitado y autorizado para el ejercicio de la medicina en el lugar en que la practica.

Prótesis

Todo aquél aparato o dispositivo destinado a reparar artificialmente la falta de un órgano o parte de él.

Servicio de urgencia domiciliaria

Asistencia en el domicilio del Asegurado en caso de urgencia prestada por médico generalista y/o A.T.S./D.U.E.

Objeto

El Asegurador asume en los términos y con los límites que se expresan en estas Condiciones Generales y en las Particulares, la asistencia médica y/o quirúrgica, a nivel nacional, según la práctica usual, en régimen ambulatorio y/o hospitalario, de las enfermedades o lesiones comprendidas en la descripción de los servicios de la póliza.

El Asegurado podrá acceder a los Centros Médicos y facultativos que formen parte del Cuadro Médico puesto a su disposición por el Asegurador. En el supuesto de que no exista algún servicio de los recogidos en la póliza en la provincia de residencia del Asegurado, le serán facilitados en otra provincia a elección del Asegurado.

Cobertura del Seguro

Sin perjuicio de las limitaciones, exclusiones y periodos de carencia previstos en Condiciones Generales y Particulares, el Asegurador se obliga a prestar los servicios que se deriven de tratamiento médico y/o quirúrgico que correspondan a las siguientes especialidades y servicios:

1. Enfermería

La cobertura de la presente póliza incluye los servicios ambulatorios y de urgencia domiciliaria de A.T.S./D.U.E., previa prescripción médica.

2. Especialidades médicas

2.1. Alergología e inmunología

La cobertura de la presente póliza incluye las consultas, el estudio y tratamiento de enfermedades alérgicas.

No incluye los gastos correspondientes a las vacunas o autovacunas, que serán por cuenta del Asegurado.

2.2. Anestesiología y reanimación

La cobertura de la presente póliza incluye las consultas y toda clase de anestias prescritas por un facultativo.

2.3. Angiología y cirugía vascular

La cobertura de la presente póliza incluye las consultas, el estudio, el tratamiento e intervenciones quirúrgicas en el corazón y vasos sanguíneos.

Se incluye el tratamiento esclerosante de varices, la microespuma y el láser vascular. **La finalidad terapéutica de estos tratamientos debe ser confirmada mediante la aportación de pruebas diagnósticas.**

2.4. Aparato digestivo

La cobertura de la presente póliza incluye las consultas, el estudio y tratamientos relacionados con el aparato digestivo.

2.5. Cardiología

La cobertura de la presente póliza incluye las consultas, el estudio y tratamientos derivados de las enfermedades del corazón.

Asimismo, incluye la prevención de riesgos cardiovasculares en personas mayores de 40 años.

2.6. Cirugía cardiovascular

La cobertura de la presente póliza incluye las consultas, el estudio, el tratamiento e intervenciones quirúrgicas que afecten al corazón y/o los grandes vasos.

2.7. Cirugía general y digestiva

La cobertura de la presente póliza incluye las consultas, el estudio, el tratamiento e intervenciones quirúrgicas del aparato digestivo (incluida la cirugía realizada con técnica laparoscópica), así como todas aquellas intervenciones quirúrgicas no comprendidas en otras cirugías.

2.8. Cirugía maxilofacial

La cobertura de la presente póliza incluye las consultas, el estudio, el tratamiento e intervenciones quirúrgicas maxilofaciales y las extracciones de cordales.

No incluye la asistencia y los tratamientos incluidos en las especialidades de estomatología y de odontología, salvo los actos médicos previstos en el Anexo III de este Condicionado General que sean prestados por los facultativos incluidos en la Guía Médica Dental del Asegurador.

2.9. Cirugía pediátrica

La cobertura de la presente póliza incluye las consultas, el estudio, el tratamiento e intervenciones quirúrgicas de los **menores de 16 años de edad**.

2.10. Cirugía plástica y reparadora

La cobertura de la presente póliza incluye las consultas e intervenciones quirúrgicas de cirugía plástica y reparadora para restablecer lesiones y **siempre que las mismas sean causadas por accidentes sufridos por el Asegurado durante el periodo de vigencia del contrato**.

Asimismo, se cubre la reconstrucción **cuando sea consecuencia de un carcinoma de mama y los injertos óseos de materiales biológicos**.

No incluye en ningún caso la cirugía estética, aún cuando se alegasen razones puramente psicológicas o traumatológicas.

2.11. Cirugía torácica

La cobertura de la presente póliza incluye las consultas, el estudio, el tratamiento e intervenciones quirúrgicas de la cavidad torácica.

2.12. Dermatología

La cobertura de la presente póliza incluye las consultas, el estudio y tratamiento de las enfermedades de la piel.

No se incluyen los tratamientos del cuero cabelludo y de lesiones actínicas de la piel, ni la dermatoscopia (mole-max, epiluminiscencia, etc...), ni el tratamiento dermato-cosmético con láser.

2.13. Endocrinología

La cobertura de la presente póliza incluye las consultas, el estudio y tratamiento de las enfermedades de las glándulas endocrinas y del metabolismo, así como el tratamiento de la obesidad mórbida.

No se incluyen los tratamientos dietéticos.

2.14. Geriatría

La cobertura de la presente póliza incluye las consultas, el estudio y tratamiento de las enfermedades propias de la vejez.

No se incluyen los gastos generados durante la estancia en residencias de tercera edad o instituciones similares.

2.15. Hematología y hemoterapia

La cobertura de la presente póliza incluye las consultas, el estudio y tratamiento de las enfermedades de la sangre.

2.16. Medicina general y medicina de familia

Sin perjuicio de lo establecido para cada categoría médica en particular, la cobertura de la presente póliza incluye los servicios de asistencia médica general, así como el servicio de urgencia domiciliaria.

2.17. Medicina interna

La cobertura de la presente póliza incluye las consultas, el estudio y tratamiento de las patologías del adulto.

2.18. Nefrología

La cobertura de la presente póliza incluye

las consultas, el estudio y tratamiento de las enfermedades del aparato renal.

Asimismo, se incluye el estudio y tratamiento de la diálisis crónica.

2.19. Neonatología

La cobertura de la presente póliza incluye las consultas, el estudio y el tratamiento de las enfermedades del recién nacido durante su estancia en el centro hospitalario, **siempre que se haya solicitado su inclusión en la póliza en el plazo de 30 días desde el nacimiento.** En caso de no solicitar su inclusión en la póliza en el plazo mencionado, el recién nacido quedará cubierto por la póliza de su madre durante **un período máximo de 30 días desde su nacimiento. En cualquiera de los dos casos anteriores, es requisito imprescindible que el parto haya sido objeto de cobertura de la presente póliza.**

2.20. Neumología

La cobertura de la presente póliza incluye las consultas, el estudio y el tratamiento de las enfermedades del aparato respiratorio.

2.21. Neurocirugía

La cobertura de la presente póliza incluye las consultas, el estudio, el tratamiento e intervenciones quirúrgicas del sistema nervioso.

2.22. Neurología

La cobertura de la presente póliza incluye las consultas, el estudio y el tratamiento de las enfermedades del sistema nervioso.

2.23. Obstetricia y ginecología

La cobertura de la presente póliza incluye:

- a) La asistencia al parto normal o por cesárea, incluyendo la anestesia epidural.
- b) Los servicios necesarios para la vigilancia del embarazo por médico tocólogo y asistencia por éste a los partos, siempre que éstos sean objeto de cobertura en la presente póliza.
- c) Las enfermedades de los órganos genitales femeninos.
- d) La planificación familiar incluyendo el control del tratamiento con anovulatorios, la ligadura de trompas, así como el coste y colocación de DIU.
- e) La interrupción del embarazo, en las clínicas concertadas autorizadas para ello y en los casos permitidos por la legislación vigente.
- f) La biopsia de corion, el triple screening y la amniocentesis. **Esta última cuando la Asegurada tenga más de 35 años o exista un factor de riesgo conocido.**
- g) Una revisión ginecológica anual.
- h) Las intervenciones ginecológicas por vía laparoscópica.
- i) Las consultas para la detección de problemas de infertilidad.
- j) El reembolso de los gastos incurridos en la conservación del cordón umbilical, **con el máximo previsto en Condiciones Particulares, siempre que el parto hubiera sido objeto de la cobertura de la presente póliza.**
- k) El reembolso de las consultas, prestadas

por facultativos ajenos al Cuadro Médico, de acuerdo **con los límites que se fijen en Condiciones Particulares. Esta cobertura de reembolso tendrá vigencia hasta la segunda renovación de la póliza.**

2.24. Oftalmología

La cobertura de la presente póliza incluye las consultas, el estudio y tratamiento e intervenciones quirúrgicas de las enfermedades de los ojos, así como una consulta anual para la graduación visual.

Asimismo, se incluye la corrección con Láser Excimer o Lasik de la miopía, hipermetropía y astigmatismo. **En todo caso el Asegurado abonará al Asegurador, con carácter previo a la intervención, una franquicia por el importe especificado en Condiciones Particulares.**

No se incluyen las consultas para la adaptación de lentes o lentillas.

2.25. Oncología médica

La cobertura de la presente póliza incluye las consultas, el estudio, el tratamiento e intervenciones quirúrgicas de enfermedades tumorales.

2.26. Oncología radioterápica

La cobertura de la presente póliza incluye el tratamiento de enfermedades tumorales mediante radioterapia.

2.27. Otorrinolaringología

La cobertura de la presente póliza incluye las consultas, el estudio, el tratamiento e intervenciones quirúrgicas de las enfermedades del oído, laringe y conducto nasal.

Se excluyen las prótesis auditivas (audífonos).

2.28. Pediatría y puericultura

La cobertura de la presente póliza incluye las consultas, el estudio y tratamiento de enfermedades de los niños **hasta cumplir los 16 años de edad.**

Adicionalmente, se incluye el reembolso de las consultas prestadas por facultativos ajenos al Cuadro Médico, de acuerdo **con los límites que se fijen en Condiciones Particulares. Esta cobertura de reembolso tendrá vigencia hasta la segunda renovación de la póliza.**

2.29. Proctología

La cobertura de la presente póliza incluye las consultas, el estudio, el tratamiento e intervenciones quirúrgicas de las enfermedades relativas al recto.

2.30. Psiquiatría

La cobertura de la presente póliza incluye las consultas, el estudio y tratamiento de enfermedades mentales y nerviosas bajo prescripción facultativa, **con el límite máximo de consultas previstas en Condiciones Particulares.**

Se excluyen las curas de desintoxicación y las curas de sueño, así como los tratamientos de psicoterapia y psicoanálisis.

2.31. Reumatología

La cobertura de la presente póliza incluye las consultas, el estudio, análisis y tratamiento de las enfermedades reumáticas.

2.32. Traumatología y cirugía ortopédica

La cobertura de la presente póliza incluye

las consultas, el estudio, el tratamiento e intervenciones quirúrgicas de los traumatismos y alteraciones osteoarticulares.

Asimismo, se incluye la cirugía artroscópica, la nucleotomía percutánea y la quimionucleolisis.

2.33. Urología

La cobertura de la presente póliza incluye las consultas, el estudio, el tratamiento e intervenciones quirúrgicas de las enfermedades del aparato urinario incluyendo la litotricia.

Asimismo, se incluye la vasectomía como planificación familiar, el estudio de la esterilidad y el diagnóstico de la impotencia.

No se incluye la cirugía realizada mediante láser verde o KTP.

3. Hospitalización e Intervención Quirúrgica

La hospitalización se realizará en los centros concertados por el Asegurador incluyendo la cobertura de los siguientes conceptos:

3.1. Gastos por honorarios de médicos, de ayudantes, de anestesistas, de ATS, de DUE, por utilización de quirófano, por medicamentos o por cualquier otro servicio médico prestado durante la hospitalización o intervención quirúrgica.

3.2. Gastos por estancia hospitalaria en habitación individual con cama para un acompañante.

3.3. Gastos por internamiento psiquiátrico, **con el límite máximo de días de hospitalización previsto en Condiciones Particulares.**

3.4. Gastos por estancia hospitalaria en Unidades de Vigilancia Intensiva (U.V.I.) o en Unidades de Cuidados Intensivos (U.C.I.).

3.5. Gastos por estancia del recién nacido en incubadora.

No obstante, no se incluye la cama de acompañante en los supuestos de hospitalización en Unidades de Vigilancia Intensiva (U.V.I.) o Unidades de Cuidados Intensivos (U.C.I.), de hospitalización psiquiátrica y de estancia del recién nacido en incubadora. En ningún caso se cubren los gastos correspondientes a uso de teléfono, televisión, cafetería, manutención del acompañante o cualquier otro no directamente relacionado con el tratamiento de la enfermedad o accidente.

4. Medios de diagnóstico

La presente póliza incluye, **previa prescripción facultativa**, los siguientes medios de diagnóstico:

4.1. Análisis clínicos, anatomopatológicos y biológicos.

La cobertura de la presente póliza incluye las siguientes pruebas:

- Bioquímica
- Hematología
- Microbiología
- Parasitología
- Citopatología
- Anatomía patológica quirúrgica
- Cariotipos
- Inmunohistoquímica

No se incluyen los test de intolerancia alimentaria.

4.2. Radiodiagnóstico

La cobertura de la presente póliza incluye los siguientes medios de radiodiagnóstico:

- Radiología general, digestiva, ortopantomografías y telerradiografías laterales realizadas en hospitales y centros de radiología.
- Ecografía.
- Mamografía.
- Scanner (TAC).
- Resonancia Magnética (RMN).
- Angiografía.
- Arteriografía digital.
- PET.
- Densitometría ósea.
- Radiología intervencionista o invasiva.

La cobertura de la presente póliza incluye los medios de contraste que hayan sido suministrados por el Centro Médico concertado por el Asegurador que haya realizado la prueba.

4.3. Cardiología

La cobertura de la presente póliza incluye los siguientes medios de diagnóstico en la especialidad de cardiología:

- Electrocardiograma.
- Holter TA y Holter ECG.
- Prueba de esfuerzo (Ergometría).
- Ecocardiograma y Eco-doppler.
- Hemodinámica.
- Estudios Electrofisiológicos.

4.4. Neurofisiología Clínica

La cobertura de la presente póliza incluye los siguientes medios de diagnóstico en la neurofisiología clínica:

- Electroencefalograma.
- Electromiograma.
- Potenciales evocados.
- Polisomnografía (estudio del sueño)

4.5. Endoscopias

La cobertura de la presente póliza incluye los servicios de endoscopia.

No se incluye la endoscopia en píldora.

4.6. Urodinámica

La cobertura de la presente póliza incluye los servicios de urodinámica.

4.7. Medicina Nuclear

La cobertura de la presente póliza incluye los siguientes medios de diagnóstico en la medicina nuclear:

- Gammagrafía
- Tratamiento con isótopos radiactivos.

5. Otros servicios

5.1. Ambulancias

La cobertura de la presente póliza incluye los traslados en ambulancia terrestre o UVI móvil terrestre, **siempre que, siendo prescritos por un facultativo, se hayan realizado con ocasión de la hospitalización del Asegurado o en situaciones de urgencia hospitalaria.**

5.2. Logopedia y foniatría

La cobertura de la presente póliza incluye el tratamiento de la logopedia y foniatría **cuando tengan por causa una intervención quirúrgica o una enfermedad sobrevenida, con el límite máximo previsto en Condiciones Particulares.**

5.3. Matronas

La cobertura de la presente póliza incluye servicio de matrona en la asistencia al parto **en Sanatorio, Clínica u Hospital.**

5.4. Podología

La cobertura de la presente póliza incluye quiropodias, **con el límite previsto en Condiciones Particulares.**

5.5. Preparación al parto

La cobertura de la presente póliza incluye los gastos por asistencia a programas de preparación al parto.

5.6. Prótesis

La cobertura de la presente póliza incluye el coste de las siguientes prótesis: válvulas cardíacas, marcapasos, bypass vascular, prótesis de cadera, prótesis internas traumatológicas, las prótesis mamarias consecuencia de un carcinoma de mama, injertos óseos, LIO monofocal, stent, mallas quirúrgicas y port-a-cath.

5.7. Trasplantes

La cobertura de la presente póliza incluye los gastos que se deriven del trasplante

de riñón, de medula ósea y de córnea que se realicen en los centros sanitarios debidamente autorizados.

El Asegurador no se hará cargo de la obtención y localización de los órganos para trasplante ya que debe ser el equipo médico que realizará la intervención, a través de la Organización Nacional de Trasplantes, quien realizará las gestiones necesarias para su consecución, siendo éstas de carácter gratuito.

6. Tratamientos especiales

Son objeto de la cobertura de la presente póliza, **siempre que hayan sido prescritos por un facultativo del Cuadro Médico**, los gastos derivados de los siguientes tratamientos especiales:

6.1. Aerosolterapia, ventiloterapia y oxigenoterapia

La cobertura de la presente póliza incluye los servicios de aerosolterapia, ventiloterapia y oxigenoterapia a domicilio, **siendo la medicación a cargo del Asegurado.**

6.2. Diálisis y riñón artificial

La cobertura de la presente póliza incluye los tratamientos de diálisis y riñón artificial tanto en procesos agudos como crónicos.

6.3. Fisioterapia y tratamientos de rehabilitación

La cobertura de la presente póliza incluye los tratamientos, con fines curativos, de rehabilitación y fisioterapia, prescritos por un médico, **siempre que deriven de enfermedad o accidente cubiertos por la presente póliza, con los límites previstos en Condiciones Particulares.**

No se incluye la rehabilitación acuática.

6.4. Radioterapia

La cobertura de la presente póliza incluye los servicios de radioterapia y los tratamientos con acelerador lineal y la radio-neurocirugía.

6.5. Quimioterapia

La cobertura de la presente póliza incluye el coste de los medicamentos citostáticos y la medicación coadyuvante de los mismos **que se expendan en el mercado nacional y estén autorizados por el Ministerio de Sanidad y Consumo.**

6.6. Tratamiento del dolor

La cobertura de la presente póliza incluye las técnicas diagnósticas y terapéuticas para el tratamiento sintomático paliativo del dolor.

7. Urgencias

La cobertura de la presente póliza incluye durante su vigencia la asistencia médica y/o quirúrgica de carácter vital e inaplazable, **entendiéndose por tal aquella situación en la que la demora por más de 6 horas en la realización de la intervención o tratamiento ponga en peligro la vida del Asegurado.** En este caso no resultan aplicables los periodos de carencia.

La asistencia se prestará en los centros de urgencia que se indiquen en el Cuadro Médico. En caso justificado se facilitará el servicio a domicilio por los servicios permanentes de guardia, únicamente en aquellas poblaciones en que el Asegurador tenga concertado dicho servicio.

Exclusiones

Quedan formalmente excluidos de la cobertura los siguientes conceptos:

- Los gastos que deriven de enfermedades, lesiones, defectos o deformaciones preexistentes, salvo que hayan sido declarados en el cuestionario de salud y el Asegurador haya aceptado expresamente su cobertura en Condiciones Particulares.
- Los gastos de farmacia en régimen ambulatorio, así como el correspondiente a las vacunas, los tratamientos desensibilizantes y los tratamientos dietéticos.
- La hospitalización de carácter sociofamiliar, así como la hospitalización por enfermedad de larga duración cuando no exista posibilidad de curación. A esos efectos no se entenderá por curación la hospitalización cuya finalidad sea el mantenimiento y/o la mejoría.
- Los honorarios de facultativos o de otros profesionales ajenos al Cuadro Médico, excepto los de facultativos cuyas consultas quedan expresamente incluidas en la presente póliza a través de reembolso de gastos.
- Los gastos de pruebas complementarias y tratamientos realizados o prescritos por facultativos ajenos al Cuadro Médico, excepto los prescritos por facultativos cuyas consultas quedan expresamente incluidas en la presente póliza a través de reembolso de gastos.
- Los gastos de estancias en clínicas no concertadas.
- La asistencia de urgencia en clínicas no concertadas para tal cometido, excepto supuestos de urgencia de carácter vital e inaplazable, en cuyo caso el Asegurador se hará responsable de los gastos médico-asistenciales ocasionados en centros privados, debiendo el Asegurado comunicarlo en el plazo de 72 horas con el fin de trasladarle a uno de los centros que tenga concertados, siempre que su situación clínica lo permita.
- Los gastos de desplazamiento para recibir asistencia en la misma o distinta provincia del Estado español o en el extranjero.
- Los tratamientos de reproducción asistida en cualquiera de sus formas, como por ejemplo, inducción ovular, inseminación artificial, fertilización "in vitro" o técnicas de microcirugía para tratamiento de la esterilidad.
- El material ortoprotésico externo, las prótesis externas y los tratamientos podológicos correctores.
- Los procedimientos diagnósticos no contrastados científicamente, los tratamientos de acupuntura, organometría y "otras terapias alternativas".
- El tratamiento y pruebas diagnósticas de alcoholismo crónico, drogadicción y el uso de psicofármacos,

estupefacientes o alucinógenos, así como enfermedades o accidentes que traigan causa de ellos.

- Los honorarios por tratamientos o diagnósticos en balnearios, curas de reposo o similares, aún cuando hayan sido prescritas por un médico.
- Los gastos derivados del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y de las enfermedades que del mismo se deriven.
- La tentativa de suicidio, la mutilación voluntaria, cualquier accidente causado por mala fe o intencionadamente por el Asegurado, así

como su participación en riñas o en actividades delictivas.

- Los gastos originados por la práctica profesional de cualquier deporte.
- Las enfermedades o accidentes derivados de guerras, actos de terrorismo o de carácter político y social, así como las epidemias declaradas oficialmente.
- Los test genéticos que tengan por finalidad conocer la predisposición del Asegurado o de su descendencia a padecer ciertas enfermedades relacionadas con el mapa genético.

Periodos de Carencia

Se establecen los periodos de carencia, **reflejados en Condiciones Particulares**, para los servicios o especialidades que se indican a continuación:

1. Para la hospitalización e intervenciones quirúrgicas.
2. Para los siguientes medios de diagnóstico de alta tecnología:
 - Cariotipos
 - Scanner (TAC).
 - Resonancia Magnética (RMN).
 - Angiografía.
 - Arteriografía digital.
 - PET.
 - Radiología intervencionista.
 - Polisomnografía.
 - Medicina nuclear.

3. Para la planificación familiar.

4. Para los tratamientos especiales recogidos en el apartado 6 del epígrafe COBERTURA DEL SEGURO de la presente póliza.

5. Para los gastos derivados del parto. **En ningún caso estarán incluidos los gastos ginecológicos y obstétricos incurridos por una asegurada cuyo parto no quede cubierto por la presente póliza.**

Se exonerará de estos periodos de carencia a la asistencia médica y/o quirúrgica por accidente o en caso de urgencia de carácter vital e inaplazable.

Cuadro Médico

1. El Asegurador pondrá el Cuadro Médico a disposición del Tomador y de los Asegurados, en el momento de suscribir esta póliza. El Cuadro Médico incluirá los hospitales, clínicas, médicos, A.T.S./D.U.E., laboratorios de análisis y cualquier otro centro o profesional necesarios, para prestar los servicios médicos incluidos en las coberturas de esta póliza.
2. El Asegurador proporcionará a cada Asegurado una tarjeta sanitaria, que podría incluir una fotografía digital del Asegurado. Esta tarjeta sanitaria es propiedad del Asegurador y su uso es personal e intransferible por el Asegurado. **El Asegurado deberá comunicar inmediatamente la pérdida o sustracción de la tarjeta en un plazo de 72 horas, para su anulación por el Asegurador. El Asegurador no será responsable por el uso indebido o fraudulento de la tarjeta en tales supuestos. El Asegurado deberá devolver en un plazo de 72 horas la tarjeta sanitaria en el momento de su baja o en el que quede resuelta esta póliza de seguro.**
3. El Asegurado se obliga a presentar la citada tarjeta sanitaria al requerir del Cuadro Médico, cualquiera de los servicios médicos cubiertos por esta póliza. El Asegurador liquidará directamente la totalidad de los gastos correspondientes a la utilización de tales servicios, **quedando exonerado de efectuar reembolso alguno de los gastos que el Asegurado hubiera podido satisfacer por no presentar su tarjeta sanitaria, así como lo que hubiese abonado por mejoras por él solicitadas y no comprendidas en los acuerdos firmados por el Asegurador para la confección del Cuadro Médico.**
4. Los Asegurados o personas que les representen **comunicarán previamente al Asegurador, cualquier intervención quirúrgica u hospitalización del Asegurado en un Centro del Cuadro Médico a efectos de que se autoricen los mismos. En los supuestos de urgencia, ésta comunicación se realizará en el plazo máximo de 7 días.** La comunicación comprenderá todos los detalles acerca del proceso determinante de la intervención quirúrgica u hospitalización y cuantos datos sean necesarios o requeridos por el Asegurador.
5. Los medios diagnósticos y tratamientos especiales que precisan autorización previa del Asegurador para su realización por el Cuadro Médico **son los siguientes:**
 - Análisis clínicos: Cariotipos.
 - Radiodiagnóstico: Scanner (TAC), Resonancia Magnética (RMN), Radiología Vascul ar (Angiografía, Arteriografía Digital, etc.), PET y Radiología intervencionista.
 - Cardiología: Hemodinámica.
 - Neurofisiología: todas las técnicas (Electromiograma, Electroencefalograma, etc...).
 - Medicina Nuclear.
 - Diálisis y Riñón Artificial.

- **Tratamientos de rehabilitación: todas las técnicas.**
- **Radioterapia y Quimioterapia.**
- **La corrección con Láser Excimer o Lasik de la miopía, hipermetropía y astigmatismo.**

La solicitud de autorización del Asegurado **deberá ir acompañada necesariamente por la prescripción médica correspondiente.**

6. El Asegurado abonará al Asegurador una franquicia por cada acto o servicio médico que reciba del Cuadro Médico. El importe correspondiente a cada franquicia será el fijado en las Condiciones Particulares.

Procedimiento de Reembolso

1. En el caso de las prestaciones reembolsables para las especialidades de ginecología y pediatría hasta la segunda renovación de la póliza, el reembolso de los gastos por el Asegurador se efectuará mediante transferencia bancaria a la cuenta corriente facilitada por el Tomador o Asegurado.
2. Para obtener el reembolso de los gastos cubiertos, el Asegurado deberá cumplimentar la correspondiente solicitud de reembolso, según modelo del Asegurador, **a la que se acompañarán necesariamente las facturas originales correspondientes**, que deberán reunir los requisitos exigidos en cada momento por la normativa tributaria y, en todo caso, incluirán los datos identificativos de la persona física o jurídica que ha prestado el servicio (nombre y apellidos o denominación social, número de identificación fiscal, domicilio, número de colegiado y especialidad médica), del Asegurado destinatario del servicio (nombre y

apellidos) y del acto médico prestado (descripción, fecha y coste).

3. El Asegurador, una vez aceptado el siniestro, deberá efectuar el reembolso de los gastos al Tomador o Asegurado dentro de los 40 días siguientes a la recepción de la solicitud del reembolso.

En caso de mora del Asegurador, respecto del plazo de 40 días fijado en el párrafo anterior, el Asegurador abonará en concepto de indemnización por mora el pago de un interés anual igual al del interés legal del dinero vigente en el momento en que se devengue, incrementado en el 50 por 100. Estos intereses se considerarán producidos por días, sin necesidad de reclamación judicial.

No obstante, transcurridos 2 años desde la producción del siniestro, el interés anual no podrá ser inferior al 20 por 100.

Duración del Seguro

1. La presente póliza de seguro entrará en vigor en el día indicado en las Condiciones Particulares y vence el 31 de diciembre siguiente a la suscripción de la misma. La póliza será renovable tácitamente por periodos anuales **salvo oposición expresa del Tomador, Asegurado o Asegurador, manifestada de forma telemática, telefónica o por escrito, con una antelación de al menos 2 meses respecto al vencimiento de cualquier anualidad, que coincidirá en todo caso con el 31 de diciembre de cada año.**
 2. Las coberturas de la póliza cesarán automáticamente al producirse la resolución del contrato, **quedando el Asegurado sin derecho a la prestación de los servicios.**
 3. En todo caso, **la presente póliza de seguro se extinguirá para un Asegurado:**
 - **A su fallecimiento.**
 - **Si al contratar incurrió en dolo o culpa grave o en caso de agravación del riesgo si no lo comunica al Asegurador, o actuó de mala fe.**
 - **Si no emplea los medios a su alcance para limitar razonablemente los costes de la prestación,**
- pudiendo perder el derecho a la misma si se comprueba que ha obrado con mala fe o abuso manifiesto.**
- **Si no facilita al Asegurador, en caso de accidente con un tercero civilmente responsable, la información y documentación necesarias para la reclamación que proceda.**
4. La extinción de la póliza para un Asegurado por cualquiera de estos motivos se producirá en el día de su ocurrencia o en el día en que el Asegurador tenga conocimiento de ellos, **no existiendo para el Asegurado derecho a la devolución de la prima no consumida en el mes en el que se hace efectiva.**
 5. En caso de solicitarse por parte del Tomador la baja de alguno de los Asegurados de una póliza, con anterioridad a su segunda renovación, y como consecuencia de dicha baja se agravase el riesgo global, **el Asegurador se reserva el derecho de rescindir la misma, puesto que, de haber sido esas las condiciones en el momento de la suscripción de la póliza, el Asegurador no habría celebrado este contrato de acuerdo con su política de selección de riesgos.**

Primas

1. La prima se determinará en el momento del alta en la póliza, teniendo en cuenta el número de asegurados incluidos en la misma, así como sus características personales declaradas al Asegurador. Esta prima se recalculará cuando se produzcan altas o bajas de asegurados.
2. Esta prima se determinará para cada anualidad, si bien las Condiciones Particulares podrán prever su fraccionamiento mensual, trimestral o semestral, incluyendo en su caso el correspondiente recargo. Si la cobertura es contratada una vez iniciado el año natural, se prorrateará la prima anual por los meses que resten hasta el 31 de diciembre.
3. **El pago de la prima se realizará mediante la domiciliación bancaria** facilitada por el Tomador al Asegurador para efectuar el pago de los recibos correspondientes.
4. La primera prima o fracción de ésta será exigible una vez suscrita la presente póliza de seguro. **Si no hubiera sido pagada por culpa del Tomador, el Asegurador podrá resolver la póliza o exigir el pago de la prima en vía ejecutiva. En todo caso, si esta prima no hubiera sido pagada en el plazo de 30 días desde su emisión, la póliza quedará resuelta.**
5. **Transcurrido un mes desde el impago de cualquier otra prima, el contrato de seguro quedará en suspenso, excluyéndose, a partir de ese momento, la cobertura de cualquier acto médico o quirúrgico que pudiese requerir el Asegurado. Si el Asegurador no reclama el pago dentro de los 6 meses siguientes a dicho vencimiento, se entenderá que la póliza queda extinguida.**
6. Si el contrato no ha quedado resuelto o extinguido conforme a lo previsto en los números anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las 24 horas del día en que el Tomador pague la prima.
7. **Con anterioridad al 31 de octubre de cada año, el Asegurador comunicará al Tomador el importe de las primas aplicables en la siguiente anualidad.** El Tomador podrá optar, en caso de discrepancia con las primas previstas para la siguiente anualidad, por comunicar al Asegurador su voluntad de extinguir la póliza de seguro al vencimiento de la anualidad en curso.

Derechos y Deberes del Tomador y Asegurados

1. El Tomador y cada Asegurado para contratar la presente póliza, formalizarán una solicitud de aseguramiento que incluirá, tanto un cuestionario de salud como todas aquellas circunstancias personales por ellos conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo.

La cumplimentación de dicha solicitud podrá realizarse por el Tomador y Asegurado de forma telemática, con y sin firma electrónica, o telefónica o presencial.

En la misma, el Tomador y cada Asegurado declararán que:

- **Son ciertos y veraces todos los datos y contestaciones expresados al Asegurador, no existiendo ocultación de circunstancias o hechos que pudiesen influir en la valoración de los riesgos cubiertos.**
- **Han sido informados de los extremos contenidos en el artículo 104 del Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados y, en su caso, de los artículos 42 y 43 de la Ley de Mediación de Seguros y Reaseguros Privados.**
- **Conocen las Condiciones Generales y Particulares y aceptan las mismas y, en concreto, las Cláusulas Limitativas y Exclusiones Expresas.**

- **Han sido informados de los extremos contenidos en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de carácter personal, aceptando que sus datos sean tratados conforme al contenido de la misma.**

En caso de que la cumplimentación de la solicitud de aseguramiento se realice de forma telemática y el Tomador disponga de firma electrónica para todos los Asegurados mayores de 18 años, la póliza quedará formalizada de forma inmediata. Si no dispusiera de firma electrónica la formalización será inmediata a través del intercambio de correos electrónicos previsto en la legislación vigente sobre contratación electrónica, los cuales serán autenticados a través de un servicio de sellado electrónico de tiempo.

En caso de que la cumplimentación de la solicitud de aseguramiento se realice de forma telefónica, la póliza quedará formalizada para el Tomador y los menores de edad mediante la grabación y el registro de la llamada. Cada mayor de edad ratificará sus datos personales mediante llamada telefónica para formalizar su incorporación a la póliza. Los ficheros en los que se registre la grabación de estas llamadas telefónicas serán igualmente autenticados a través de un servicio de sellado electrónico de tiempo.

En caso de que la cumplimentación de la solicitud de aseguramiento se realice de forma presencial, la formalización de la póliza se realizará por escrito.

- 2. A la vista del cuestionario de salud y de todas las circunstancias personales, el Asegurador comunicará a cada posible Asegurado la aceptación de su solicitud de aseguramiento o, en su caso, la denegación de la misma.**
- 3.** Una vez aceptada por parte del Asegurador, se le remitirá al Tomador y a cada Asegurado la documentación correspondiente a esta póliza, poniéndole asimismo ésta a su disposición de forma telemática a través de una clave de acceso.
- 4.** El Tomador y cada Asegurado, una vez recibida esta documentación, deberán

comprobar que los datos en ella contenidos son correctos. En caso de no ser así, podrán solicitar, en el plazo de un mes, la rectificación de los errores producidos. **Transcurrido dicho plazo sin efectuar reclamación alguna, surtirán efecto las disposiciones contenidas en las mismas.** El Asegurador deberá rectificar, en el plazo de un mes, los errores producidos, lo que podrá conllevar la modificación de las primas, sin que la modificación entre en vigor hasta que la mayor prima, en su caso, se satisfaga.

- 5.** El Asegurado **deberá minorar las consecuencias del siniestro, empleando los medios a su alcance para el pronto restablecimiento. El incumplimiento de este deber liberará al Asegurador de toda prestación relacionada con el siniestro.**

Subrogación

El Asegurado deberá facilitar la subrogación al Asegurador, quien podrá ejercitar los derechos y las acciones que por razón del siniestro correspondieran al Asegurado frente a las personas responsables del mismo.

El Asegurador no podrá ejercitar en perjuicio del Asegurado los derechos en que se haya subrogado. **El Asegurado será responsable de los perjuicios que, en sus actos u omisiones, pueda causar al Asegurador en su derecho a subrogarse.**

El Asegurador no tendrá derecho a la subrogación contra ninguna de las personas cuyos actos u omisiones den origen a responsabilidad del Asegurado, de acuerdo con la Ley, ni contra el causante del siniestro que sea, respecto del Asegurado, pariente en línea directa o colateral dentro del tercer grado de consanguinidad, padre adoptante o hijo adoptivo que convivan con el Asegurado. **Pero esta norma no tendrá efecto si la responsabilidad proviene de dolo o si la responsabilidad está amparada**

mediante un contrato de seguro. En este último supuesto, la subrogación estará limitada en su alcance de acuerdo con los términos de dicho contrato.

En caso de concurrencia del Asegurador y Asegurado frente a tercero responsable, el recobro obtenido se repartirá entre ambos en proporción a su respectivo interés.

Indisputabilidad

1. En el supuesto de existencia de reserva o declaración inexacta en las declaraciones del Tomador o del Asegurado, **el Asegurador podrá rescindir la relación contractual en el plazo de un mes desde que se haya conocido dicha reserva o inexactitud.**

2. Transcurrido el plazo de un año desde que se hubiera satisfecho la primera prima o fracción de ésta, el Asegurador no podrá impugnar la póliza, salvo que el Tomador o el Asegurado hubieran actuado con dolo al efectuar las declaraciones esenciales.

Tributos

Todos **los tributos** que graven la presente póliza, y que sean legalmente repercutibles, **serán por cuenta del Tomador.**

Extravío o Destrucción

En caso de extravío o destrucción de la póliza, el Asegurador, a petición del Tomador del seguro o, en su defecto, del Asegurado, tendrá obligación de expedir copia o duplicado de la misma, la cual tendrá idéntica eficacia que la original.

La petición se hará de forma telemática, telefónica o por escrito, **y el solicitante se compromete a indemnizar al Asegurador de los posibles perjuicios que le irroque la reclamación de un tercero.**

Comunicaciones

Todas las comunicaciones derivadas de la presente póliza **deberán hacerse de forma telemática, telefónica o por**

escrito, utilizando los medios de comunicación tecnológica o tradicional que figuren en las Condiciones Particulares.

Prescripción

Todas las acciones para el reconocimiento de los derechos que puedan derivarse de la presente póliza **quedarán extin-**

guidas en el plazo de 5 años a computar desde el día en que aquéllos pudieron ejercerse.

Jurisdicción

La presente póliza de seguro queda sometida a la jurisdicción española, siendo juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del mismo el del domicilio del Asegurado fijado en

Condiciones Particulares, a cuyo efecto éste designará un domicilio en España en caso de que residiese temporalmente en el extranjero, siendo nulo cualquier pacto en contrario.

Protección de datos de Carácter Personal

La entrega de todos los datos personales facilitados al Asegurador por parte del Tomador y de los Asegurados es totalmente voluntaria, **pero necesaria para la formalización de la póliza y el mantenimiento de la relación contractual.**

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y el Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, el Asegurador informa

al Tomador del seguro y a los Asegurados de que sus datos serán incorporados a un fichero de su titularidad para el mantenimiento, desarrollo y control del contrato de seguro, así como para la prevención del fraude.

El Tomador y los Asegurados autorizan a que el Asegurador se ponga en contacto con ellos vía mail, teléfono, sms o cualquier otro medio electrónico equivalente, con la finalidad de gestionar esta póliza.

Asimismo autorizan expresamente al Asegurador a utilizar aquellos datos de salud, o de naturaleza sensible, a los que tenga acceso, para la adecuada gestión de esta póliza.

De igual modo, prestan su consentimiento expreso, para que sus datos puedan ser cedidos a ficheros comunes, para la prevención del fraude en el sector asegurador, y a otras compañías aseguradoras por motivo de coaseguro o reaseguro, así como, para el envío del detalle de los servicios prestados por el proveedor médico asistencial, para el cumplimiento de las prestaciones sanitarias previstas en esta póliza.

Finalmente, autorizan el envío de comunicaciones publicitarias y/o promocionales, a su dirección postal, a su dirección de correo electrónico, o por cualquier otro medio de comunicación electrónica equivalente.

Para aquellos casos en los que fuera el Tomador quien facilitase directamente los datos de los Asegurados al Asegurador, el Tomador garantiza haber recabado el consentimiento previo y expreso de los mismos para la comunicación de sus

datos al Asegurador, informándoles de las finalidades del tratamiento, cesiones y demás términos previstos en la presente cláusula. Cuando esta información corresponda a menores de edad, el Tomador garantiza al Asegurador ser el padre, tutor o representante legal del menor. A estos efectos, el Tomador será el único responsable de los datos de carácter personal de terceros Asegurados que facilite al Asegurador.

Los Asegurados consienten que el Tomador conozca sus datos personales vinculados a la prestación del servicio, incluido su historial médico. De la misma forma, el Tomador garantiza haber recabado el consentimiento expreso de todos los Asegurados para que conozcan sus datos personales vinculados a la prestación del servicio, incluido su historial médico, cuando éste facilite directamente los datos de los Asegurados al Asegurador.

El consentimiento del Tomador y de cada Asegurado se expresará:

- En el caso de contratación telemática, mediante firma electrónica para todos los Asegurados mayores de 18 años o, en caso de no disponer de firma electrónica, mediante el intercambio de correos electrónicos autenticados a través de un servicio de sellado electrónico de tiempo.
- En el caso de contratación telefónica, mediante llamadas grabadas y registradas, las cuáles serán autenticadas a través de un servicio de sellado electrónico de tiempo.
- En el caso de contratación presencial, al firmar la solicitud de aseguramiento.

Si un Asegurado concreto no consintiera la inclusión de sus datos en estos ficheros o su posterior tratamiento, el contrato de seguro no podrá llevarse a efecto respecto del mismo.

El Tomador y los Asegurados podrán hacer efectivo el ejercicio de sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, mediante petición escrita dirigida al Asegurador a la Avenida de Burgos 19,

28036 de Madrid, incluyendo en la comunicación la referencia "Protección de Datos de Carácter Personal". De conformidad con la normativa aplicable en materia de protección de datos, dicha solicitud deberá contener los siguientes datos del afectado: nombre y apellidos, domicilio a efectos de notificaciones, fotocopia del Documento Nacional de Identidad o cualquier otro documento, válido en derecho, que acredite su identidad y petición en que se concreta la solicitud.

Néctar Salud

Seguro de Asistencia Sanitaria

Anexos a las Condiciones Generales

- ANEXO I.** Asistencia en Viaje
- ANEXO II.** Servicio de Segundo Diagnóstico Internacional
- ANEXO III.** Servicio Odonto-Estomatológico
- ANEXO IV.** Otros Servicios Complementarios de Salud
- ANEXO V.** Servicio Médico Telefónico y Telemático
- ANEXO VI.** Servicio de Consejo Psicológico Telefónico

Anexo I. Asistencia en viaje

El Asegurador pone a disposición del Asegurado un servicio de Asistencia en Viaje, por el que dispondrá, **en los viajes que realice fuera del Territorio Español**, de las coberturas que a continuación se detallan, siendo el **coste máximo cubierto por esta cobertura de asistencia en viaje de 6.000 euros por persona y año.**

1. Repatriación o transporte sanitario del Asegurado enfermo o herido.

Según la urgencia o gravedad del caso y a criterio del médico, se organizará el transporte del Asegurado, incluso bajo vigilancia médica si procede, hasta su ingreso en un centro hospitalario en España, cercano a su residencia, o a su propio domicilio habitual, cuando no necesite hospitalización. Si el ingreso no pudiera lograrse en lugar cercano al domicilio, en su momento se organizará el subsiguiente traslado hasta la residencia del Asegurado, si fuera preciso realizarlo en un medio de transporte especial.

Medio de Transporte:

- Avión sanitario especial para los países de Europa o aquellos que sean límites del mar Mediterráneo.
- Avión de líneas regulares, tren o barco.
- Ambulancia.

En caso de afecciones benignas o heridas leves que no den motivo a repatriación, el transporte se realizará por ambulancia o cualquier otro medio, hasta el lugar en que puedan prestarse los cuidados adecuados.

En ningún caso se sustituirá a los organismos de socorro de urgencia ni el Asegurador se hará cargo del coste de estos servicios.

2. Repatriación o transporte de los miembros de la familia del Asegurado enfermo o herido.

Cuando el retorno del Asegurado se hubiera realizado por cualquiera de las causas descritas en el apartado anterior, y ello impida al resto de los acompañantes siempre que tuvieran condición de cónyuge, ascendientes (siempre que convivan en el mismo domicilio que el Asegurado), o descendientes (en tanto dependan económicamente de él), continuar su viaje por los medios inicialmente previstos, se organizará el transporte para el regreso de los mismos a su domicilio.

3. Repatriación o transporte de menores de edad.

Cuando el retorno del Asegurado se hubiera realizado por cualquiera de las causas descritas anteriormente, y éste viajara en la única compañía de hijos menores de 15 años, se organizará el desplazamiento, ida y vuelta, de una azafata o de una persona designada por el Asegurado, a fin de acompañar a los menores en el regreso al domicilio.

4. Regreso anticipado por fallecimiento de un familiar directo del Asegurado.

Si el Asegurado en Viaje, debe interrumpirlo en razón del fallecimiento de su cónyuge, ascendiente o descendiente en primer grado, de hermano o hermana, se

organizará la entrega de un billete de tren (primera clase) o avión (clase turista), desde el lugar en que se encuentre en tal momento, al de inhumación en España del familiar fallecido, y un billete de regreso al lugar donde se encontraba al producirse tal evento.

5. Desplazamiento de un acompañante familiar junto al Asegurado hospitalizado.

Si el estado del Asegurado, enfermo o herido, impide su repatriación o regreso inmediato y si la hospitalización en el lugar donde se encuentre debe exceder de 10 días, se organizará la entrega de:

- Un billete de ida y vuelta de tren (primera clase) o de avión (clase turista), que permita a un miembro de la familia del Asegurado, o persona que éste designe, acudir al lado del hospitalizado.
- De producirse la hospitalización en el extranjero, se abonará además, contra los justificantes oportunos, **los gastos de estancia de esta persona hasta 60 euros por día, sin que el total pueda exceder de 600 euros.**

6. Repatriación o transporte del Asegurado fallecido.

En caso de defunción del Asegurado, se organizará el transporte del cuerpo, desde el lugar del óbito hasta el de su inhumación en España, así como del regreso hasta su domicilio de las otras personas que lo acompañan, siempre que tengan condición de cónyuge, ascendientes (siempre que convivan en el mismo domicilio del Asegurado), o descendientes (en tanto dependan económicamente del Asegurado).

Quedan igualmente cubiertos los gastos del tratamiento post-mortem y acondicionamiento (tales como embalsamamiento y ataúd obligatorio para el traslado), conforme a requisitos legales, **hasta un límite de 900 euros.**

En cualquier caso, el coste del ataúd habitual y los gastos de inhumación y de ceremonia, no son a cargo del Asegurador.

7. Inmovilización en un hotel del Asegurado enfermo o herido.

Si el Asegurado enfermo o herido no puede regresar, por así estimarlo el médico que lo trate, se organizará la prórroga de estancia en el hotel **hasta una cantidad de 60 euros diarios y con un total máximo de 600 euros.**

8. Envío de medicamentos al extranjero para el Asegurado enfermo o herido.

Se gestionará la localización y el envío de posibles medicamentos que sean de vital importancia y que no puedan ser obtenidos en el país donde se encuentre el Asegurado hospitalizado.

El coste de los medicamentos será siempre por cuenta del Asegurado.

9. Información sobre asistencia médica en el extranjero para el Asegurado enfermo o herido.

Si el Asegurado necesitara acudir particularmente a la consulta de un médico en el lugar del país extranjero donde se encuentre, y éste no dispusiera de la información suficiente para su localización, se le facilitarán los datos necesarios para que pueda acudir a una consulta médica.

10. Intérprete en caso de enfermedad o accidente en el extranjero.

Si, como consecuencia de enfermedad grave o accidente ocurrido en el extranjero cubierto por la póliza, fuera necesaria la intervención de un intérprete en el lugar de ocurrencia, se pondrá a disposición del Asegurado un intérprete.

11. Gastos médicos.

En caso de que, como consecuencia de enfermedad grave o accidente ocurrido en el extranjero y cubierto por la póliza, el Asegurado precisase asistencia médica, el Asegurador pondrá a su disposición el profesional o Centro Médico que le atienda y se hará cargo del coste **hasta el límite máximo cubierto por este servicio de Asistencia en Viaje.**

No comprende este servicio de Asistencia en Viaje los siguientes supuestos:

- Las prestaciones que no hayan sido solicitadas a través de la Central de Asistencia en Viaje, salvo en caso de fuerza mayor o de imposibilidad material demostrada.
- Las recaídas de enfermedades existentes con riesgo de agravación brusca y conocidas por el Asegurado en el momento de iniciar el viaje.
- Los estados patológicos conocidos por el Asegurado y con antecedentes médicos, susceptibles de empeoramiento en caso de viaje.
- Los embarazos. No obstante, hasta el sexto mes, quedan cubiertos los casos de complicaciones imprevisibles.
- El rescate de personas en montaña, mar, desierto u otros lugares de difícil accesibilidad.

Anexo II. Servicio de Segundo Diagnóstico Internacional

El Asegurador pone a disposición del Asegurado un servicio de segundo diagnóstico internacional, por el que podrá solicitar a través del Asegurador un segundo diagnóstico de la enfermedad que padezca, así como recomendaciones diagnósticas y/o terapéuticas, a los especialistas, centros asistenciales o académicos internacionales que a tal efecto el Asegurador le facilite.

Este servicio cubrirá las siguientes enfermedades graves:

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

Anexo III. Servicio Odonto-Estomatológico

El Asegurador pone a disposición del Asegurado en todo el territorio nacional, un servicio odonto-estomatológico baremado, por el que podrá acceder a un Cuadro Médico de odontólogos y estomatólogos privados y solicitar, sin coste, los servicios dentales que se especifican a continuación:

Primeras Visitas

- Examen del paciente para diagnóstico, plan de tratamiento y presupuesto con o sin radiografías
- Examen del paciente para diagnóstico, con o sin moldes
- Visita de urgencia
- Visita de revisión (revisión dental anual)

Exodoncias

- Extracciones (excluidas piezas incluidas o que requieran cirugía máxilofacial)
- Retirar puntos

Obturaciones

- Obturaciones provisionales
- Poste prefabricado o retención radicular (unidad)
- Pins o espigas en dentina (unidad)
- Pulido de amalgama

Periodoncia

- Exploraciones radiográficas
- Análisis oclusal
- Tallado selectivo

Odontología Preventiva

- Fluorizaciones
- Selladores oclusales

- Limpieza de boca (profilaxis sobre periodonto sano)
- Educación bucal
- Radiología (radiografías intrabucales)

Prótesis

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

Ortodoncia

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

Implantología

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

Cirugía Oral

- Frenectomía
- Quistectomía

El resto de servicios dentales requeridos por el Asegurado a esos profesionales, los abonará directamente a los mismos a los precios fijados en la Guía Médica Dental para este servicio odonto-estomatológico baremado.

Anexo IV. Otros Servicios Complementarios de Salud

El Asegurador pone a disposición del Asegurado un cuadro de centros y profesionales que le prestarán, entre otros, los siguientes servicios:

- Medicina y cirugía estética.
- Centros de belleza.
- Balneoterapia.
- Naturopatía.
- Psicología y pedagogía.
- Ópticas, ortopedias y prótesis auditivas.

El coste de estos servicios será por cuenta del Asegurado que abonará directamente al centro o profesional los honorarios por los servicios que le presten, según el baremo de precios acordados por el Asegurador con dichos centros o profesionales.

Anexo V. Servicio Médico Telefónico y Telemático

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

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

Anexo VI. Servicio de Consejo Psicológico Telefónico

El Asegurador pone a disposición del Asegurado, un servicio por el que recibirá el apoyo psico-emocional que precise, a través de una evaluación psicológica telefónica, ya sea de carácter inmediato o

programada, de un psicólogo clínico, que le facilitará de forma personalizada y gratuita, consejos y orientaciones que no constituirán en ningún caso un diagnóstico clínico.