

CONDICIONES GENERALES

Seguro de Especialidades Médicas y Pruebas Diagnósticas Individual

ÍNDICE

Páginas

■ INFORMACIÓN DE INTERÉS PARA EL ASEGURADO	1
■ NORMAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS MÉDICOS.....	2
■ CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS Y PRUEBAS DIAGNÓSTICAS	3
■ Tramitación de las quejas y reclamaciones.....	3
■ 1. Definiciones	3
■ 2. Objeto del seguro	4
■ 3. Cobertura del seguro	4
A. Medicina Primaria	4
B. Especialidades médicas	4
C. Medios de diagnóstico	5
D. Tratamientos especiales.....	5
E. Urgencias ambulatorias.....	5
F. Asistencia en Viaje en el extranjero.....	5
G. Cobertura Dental Franquiciado	5
H. Coberturas adicionales.....	5
■ 4. Exclusiones.....	6
■ 5. Plazos de Carencia.....	6
■ 6. Ámbito geográfico.....	6
■ 7. Unidad familiar asegurada	6
A. Variaciones en la composición de la unidad familiar.....	6
B. Requisitos de adhesión	7
■ 8. Fecha de efecto y duración del seguro.....	7
■ 9. Deberes del Tomador y Asegurado.....	7
■ 10. Subrogación.....	7
■ 11. Indisputabilidad	7
■ 12. Primas.....	7
■ 13. Copagos.....	8
■ 14. Tributos	8
■ 15. Extravío o destrucción.....	8
■ 16. Comunicaciones	8
■ 17. Prescripción	8
■ 18. Jurisdicción	8
■ 19. Confidencialidad y Protección de datos	8
■ ANEXO ASISTENCIA EN VIAJE EN EL EXTRANJERO	8

INFORMACIÓN DE INTERÉS PARA EL ASEGURADO

■ Atención al Asegurado:	902 360 694
■ Teléfono Autorizaciones:	902 360 694 / 91 384 04 97
■ Fax Autorizaciones:	902 360 692 / 91 837 50 73
■ Internet:	www.segurosyfondos.com
■ Policlínico distrito C:	91 427 51 53 citacion.districtoc@hmoshospitales.com
■ Asistencia en Viaje en el Extranjero:	(34) 91 572 44 32
■ Departamento Atención Dental:	902 220 044
■ Departamento Reembolsos:	91 523 63 45
■ Envío de Reembolsos:	Solicitud de Reembolso Apartado 4706 FD 28080 Madrid



NORMAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS MÉDICOS

Para acceder a los servicios médicos objeto de cobertura de la póliza es preciso que el asegurado siga, con carácter obligatorio, las normas que a continuación se describen.

CUADRO MÉDICO CONCERTADO

Seguros de Vida y Pensiones ANTARES, S.A. pondrá a disposición de los asegurados un cuadro médico para que éstos puedan elegir libremente el centro médico, laboratorio y facultativo concertado que le preste asistencia sanitaria.

Los Conciertos Médicos se establecen para todo el territorio nacional. Aunque el Asegurado acudirán con mayor frecuencia a los facultativos de su provincia, también tiene acceso al resto de los servicios sanitarios concertados a nivel nacional. Periódicamente, se actualizarán los cuadros médicos con las modificaciones que se hayan podido producir en los mismos.

Los gastos de estos proveedores sanitarios serán por cuenta del Asegurador siendo por cuenta del Asegurado los gastos de desplazamiento y dietas en los que pueda incurrir.

Dispondrá de información sobre los conciertos médicos en la página web de la entidad aseguradora, telefónicamente 24 horas y en la guía de servicios concertados que se edite.

Para la asistencia telefónica tiene que llamar al teléfono:

902 360 694

donde obtendrá información directa sobre los facultativos y centros médicos concertados.

Puede buscar la información en nuestra página Web:

www.segurosfondos.com

NORMAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS

Servicios de acceso directo (sin autorización previa de la Compañía).

Se puede acceder directamente a las consultas de los especialistas y a las pruebas básicas (análisis clínicos, ecografías, radiografías) con sólo presentar la prescripción médica del especialista y la Tarjeta Sanitaria que el Asegurador proporcionará a cada asegurado. Los servicios sanitarios que se practican en la consulta del especialista, normalmente no requerirán autorización previa por parte de Antares.

Para acceder a estos servicios sólo es necesario ser titular de la Tarjeta Sanitaria Antares. Esta tarjeta, propiedad del Asegurador, es de uso personal e intransferible por el asegurado, y le servirá de identificación cuando utilice los mismos, debiendo presentar una sola vez su tarjeta por cada consulta o acto médico que reciba.

El Asegurador liquidará directamente 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 la cobertura de la póliza.

En caso de pérdida o sustracción de la tarjeta, el Asegurado deberá comunicarlo en un plazo de 72 horas al Asegurador, para su anulación. El Asegurado será responsable por el uso indebido o fraudulento de la tarjeta salvo que acredite haber efectuado dicha comunicación. En caso de resolución del contrato, el Asegurado deberá devolver en un plazo de setenta y dos horas la tarjeta sanitaria.

Servicios Médicos que sí requieren autorización previa de la Compañía.

Los actos médicos que se detallan a continuación requieren autorización previa por parte de Antares. Existen tres tipos de autorizaciones: cirugía menor, pruebas diagnósticas y tratamientos especiales.

1. Intervenciones de cirugía menor (grupos 0 y I)

2. Pruebas diagnósticas

Será necesario pedir autorización previa en las siguientes pruebas diagnósticas:

- **En Análisis Clínicos:** Cariotipos
- **En Neurofisiología:** Todas las técnicas
- **En Radiodiagnóstico:**
 - Scanner (TAC)
 - Resonancia Magnética (RMN)
 - Radiología Vascul (angiografía, arteriografía digital, etc.)
 - Medicina Nuclear



3. Tratamientos especiales

Será necesario pedir autorización previa a su realización, para los siguientes tratamientos especiales:

- **Aerosolterapia, ventiloterapia y oxigenoterapia**
- **Cardiología:**
 - Estudios Electrofisiológicos
- **Tratamientos de Rehabilitación**
- **Ondas de choque**

PROCEDIMIENTO DE AUTORIZACIÓN

Las autorizaciones se realizarán siempre por teléfono:

Teléfono autorizaciones: 902 360 694 / 91 384 04 97

Los pasos a seguir para obtener la autorización son los siguientes:

- 1.- Una vez haya acudido a la consulta del especialista, éste le puede prescribir la realización de determinadas pruebas diagnósticas, tratamientos especiales, etc., que irán especificados en un documento que se le entregará a usted en la consulta, y que será el documento que le servirá para obtener la autorización.
- 2.- Si no sabe dónde pueden realizarle el acto médico prescrito, llámenos al 902 360 694 y nosotros le orientaremos donde puede acudir. Si ya sabe dónde realizar el acto médico prescrito concierte el día y la hora y posteriormente llámenos para concederle la autorización médica correspondiente.
- 3.- La autorización es inmediata para la mayoría de los casos y se realizará telefónicamente, aunque en algunos casos para poder autorizarle el acto médico se solicitará que remita documentación adicional vía fax:

Fax autorizaciones: 902 360 692 / 91 837 50 73
número que figura en su tarjeta sanitaria.

Autorización de pruebas diagnósticas:

Con la prescripción que le ha entregado el facultativo marque el número de teléfono 902 360 694, un tramitador le solicitará:

- Nombre y apellidos
- Número de su tarjeta sanitaria
- Número del documento que figura en su prescripción médica
- Acto médico o prestación solicitada
- Nombre del profesional, laboratorio o centro concertado que va a realizar la prueba prescrita
- Fecha en que se va a realizar la prueba

Una vez recopilada la información anterior por el tramitador, éste le proporcionará el número de la autorización, el código de la prueba y el día de la autorización, que deberá anotar en el reverso del volante de prescripción y validará el día y el Centro en el que se realizará.

Ciertas autorizaciones, pueden tardar entre 24 y 48 horas.

Autorizaciones para tratamientos especiales:

Para estos supuestos, además, usted deberá remitir la prescripción médica y en su caso informe médico al fax de autorizaciones. El tramitador a la vista de la documentación podrá concederla o solicitar cuantos informes adicionales requiera el departamento médico para su valoración.

CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS Y PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

El presente contrato se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, del Contrato de Seguro, en la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, su Reglamento de desarrollo y por lo dispuesto en estas Condiciones Generales y Particulares.

El control y supervisión de la actividad de Seguros de Vida y Pensiones, ANTARES S.A. corresponde a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía y Competitividad del Estado Español.

Seguros de Vida y Pensiones, ANTARES S.A., está inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, Tomo 8.072, General 7.003, Sección 3ª del libro de sociedades, Folio 197, hoja número 77.630/1, Inscripción 1ª. Tiene su domicilio en España, sito en Distrito Telefónica Ronda de la Comunicación s/n 28050 Madrid, y tiene como número de identificación fiscal A78586344.

La Entidad aseguradora opera bajo la forma jurídica de Sociedad Anónima.

Las vías de solución extrajudicial de las reclamaciones frente a la actuación de la Entidad aseguradora son el Servicio de Reclamaciones de la Entidad, el Defensor del Cliente y el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

Tramitación de las quejas y reclamaciones

ANTARES dispone de un Servicio de Reclamaciones y de un Defensor del Cliente, para atender y resolver las quejas y reclamaciones derivadas de la actuación de la propia entidad o de la de sus agentes de seguros, conforme al procedimiento previsto legalmente.

Los tomadores, asegurados, beneficiarios y derechohabientes de los mismos podrán someter sus quejas y reclamaciones:

- Al Servicio de Reclamaciones, mediante escrito dirigido a Ronda de la Comunicación s/n Distrito Telefónica, 28050 Madrid, por fax 91 483 16 46, o e-mail: reclamacionesantares@telefonica.com

- Al Defensor del Cliente, mediante escrito dirigido al domicilio C/ Velázquez, 80, 1º D, 28001 Madrid, por fax 91 308 49 91, o e-mail: reclamaciones@da-defensor.org

Las quejas y reclamaciones formuladas por los clientes, serán atendidas y resueltas en el plazo máximo de dos meses desde su presentación.

En caso de disconformidad con el resultado del pronunciamiento adoptado por cualquiera de las instancias anteriormente citadas, o si ha transcurrido el plazo de dos meses sin haber obtenido una respuesta, el reclamante podrá formular su queja o reclamación ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, mediante escrito dirigido al domicilio en Pº de la Castellana, 44, 28046 Madrid.

Además de los cauces de reclamación indicados anteriormente, los conflictos podrán plantearse en vía judicial ante los jueces y tribunales competentes.

Se encuentra a disposición de los clientes en las oficinas de la entidad aseguradora, el Reglamento para la Defensa del Cliente, donde se detalla el procedimiento para la atención de quejas y reclamaciones. También se podrá tener acceso a dicho Reglamento en la página web www.antares.es

1. Definiciones (por orden alfabético).

ATS/DUE: Profesional legalmente capacitado y autorizado para el ejercicio de la actividad de enfermería.

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.

Asegurado: Cada una de las personas físicas sobre las cuales se establece el seguro.

Atención especial en domicilio: Asistencia del médico generalista o de familia y de A.T.S. o D.U.E. al Asegurado en el domicilio, cuando la patología del enfermo requiera cuidados especiales sin llegar a precisar ingreso hospitalario y previa valoración por un facultativo del Asegurador.

Beneficiario: La persona natural a quien corresponde recibir las prestaciones garantizadas por la póliza.

Carencia: Periodo de tiempo computado individualmente a cada Asegurado desde la fecha de entrada en la póliza, durante el cual no son efectivas determinadas coberturas.

Certificado individual de seguro: Documento emitido por el Asegurador que individualiza las coberturas para cada Asegurado.

Condiciones Particulares: El documento que recoge las coberturas aseguradas y el precio de la misma.



Copago: El importe que debe satisfacer el Asegurado al Asegurador, si procede, como participación del Asegurado en el coste de los servicios médicos cubiertos por la póliza.

Centro médico ambulatorio: Establecimiento médico en el que se presta asistencia médica a pacientes, sin posibilidad de ingresos.

Enfermedad: Toda alteración de la salud del Asegurado no causada por accidente, que sea diagnosticada 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.

Familiares dependientes asegurados: El cónyuge del titular asegurado y los familiares dependientes en primer grado ostentarán la condición de asegurados adicionales, en los términos que se pacten en esta póliza.

Fecha de Efecto: Es la fecha en que entrará en vigor la cobertura pactada para cada uno de los Asegurados. En ningún caso la cobertura entrará en vigor con anterioridad al momento en que el Tomador haya satisfecho la primera prima.

Grupo asegurable: Conjunto de personas unidas por un vínculo o interés común, previo o simultáneo a la adhesión al seguro, pero diferente de éste, que cumple con las condiciones legales precisas para ser Asegurado.

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, 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 la permanencia como paciente en un hospital por un periodo mínimo de 24 horas.

Hospital de Día: Es la permanencia en aquellas unidades así denominadas específicamente, sin que ello suponga pernoctar y pudiendo o no realizar una de las comidas principales en dicha unidad.

Hospitalización de carácter socio-familiar: Es la asistencia no derivada de patologías médicas objetivas 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.

Cirugía menor: Intervenciones quirúrgicas -grupos 0 y 1 de la OMC- que se realicen en consulta, sin quirófano y/o que no requieren internamiento.

Matrona: Profesional sanitario especialmente autorizado para asistir a las parturientas.

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

Póliza: Es el documento que contiene las condiciones reguladoras del contrato de seguro y que está integrado por las Condiciones Generales y las Condiciones Particulares, así como los suplementos o apéndices que se emitan.

Prima: Es el precio del seguro cuyo importe se deberá satisfacer según lo pactado en estas Condiciones y en las Particulares.

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

Rehabilitación: Terapias dirigidas a restituir funcionalidades afectadas o disminuidas por las consecuencias de una enfermedad o accidente causadas durante la vigencia de la póliza.

Seguros de Vida y Pensiones ANTARES, S.A.: Entidad Aseguradora que asume la cobertura de los riesgos objeto de este contrato y garantiza las prestaciones que correspondan con arreglo a las condiciones del mismo.

Tomador: Es la persona natural o jurídica que suscribe este contrato con la Entidad Aseguradora.

Urgencia Vital: Cuando existe un compromiso evidente e inmediato para la vida del Asegurado y exige tratamiento médico o quirúrgico, a fin de evitar un daño irreparable a la salud del Asegurado.

2. Objeto del seguro.

El asegurador cubre los gastos derivados de la asistencia sanitaria en las especialidades y actos o servicios sanitarios recogidos en el punto siguiente que se preste en régimen consulta ambulatoria.

No es objeto de este seguro la asistencia sanitaria que precise de ingreso hospitalario ni intervenciones quirúrgicas, salvo que se trate de intervenciones de cirugía menor –grupos 0 y 1- y se realicen en consulta.

La asistencia sanitaria se facilitará exclusivamente a través de los facultativos y centros que en cada momento formen parte del cuadro médico de la Aseguradora con arreglo a las normas de acceso que se regulan en este condicionado.

El asegurado podrá acudir a los facultativos de cualquier provincia del territorio nacional, siendo por cuenta del Asegurado los gastos de desplazamiento y dietas en que pueda incurrir. En el supuesto de que no existiera profesional en la provincia de residencia del Asegurado, la aseguradora asumirá el coste del desplazamiento en transporte ordinario o el equivalente en kilometraje particular hasta el facultativo más próximo en las provincias limítrofes.

Como referencia de la cobertura se toma la que es práctica habitual en el Sistema Público de Salud, no teniendo este carácter aquellas técnicas que sean prestadas de forma singular por alguna o algunas de las CCAA.

3. Cobertura del seguro.

Están cubiertos los gastos derivados del diagnóstico, seguimiento en consulta y el tratamiento de enfermedades y lesiones cubiertas por el seguro en las especialidades y servicios que a continuación se detallan y siempre que éstos no sean dispensados mediante hospitalización y hospital de día, ni impliquen intervención quirúrgica:

A. Medicina Primaria:

1. Medicina General.
2. Enfermería.
3. Atención especial en domicilio.

B. Especialidades médicas:

1. Alergología e inmunología.
2. Anestesiología y reanimación.
3. Angiología y cirugía vascular.
4. Aparato digestivo.
5. Cardiología.
6. Cirugía cardiovascular.
7. Cirugía general y digestiva.
8. Cirugía máxilo-facial. No se incluyen las extracciones simples. No incluye la asistencia y los tratamientos incluidos en las especialidades de estomatología y de odontología.
9. Cirugía pediátrica.
10. Cirugía plástica y reparadora. No incluye la cirugía estética, aún cuando existan razones psicológicas o traumatológicas.
11. Cirugía torácica.
12. Dermatología. No se incluye la dermatología cosmética, los tratamientos del cuero cabelludo y de lesiones actínicas de la piel ni cualquier tipo de tratamiento de láser.
13. Endocrinología. Excluye los tratamientos dietéticos, así como los test de intolerancia alimentaria, salvo prescripción de un especialista en Aparato Digestivo por cuadro de alergia alimentaria que produce patología gastrointestinal importante.
14. Geriatria.
15. Hematología y hemoterapia.
16. Medicina interna.
17. Nefrología.



18. Neonatología. Con un máximo de quince días desde su nacimiento hasta su inclusión en la póliza.

19. Neumología.

20. Neurocirugía.

21. Neurología.

22. Obstetricia y ginecología. Incluye la colocación de DIU, pero no su coste.

Quedan excluidos los tratamientos de reproducción asistida en cualquiera de sus formas, como por ejemplo, la inducción ovular, la inseminación artificial, fertilización "in vitro" o técnicas de microcirugía para tratamiento de la esterilidad, aunque se incluye el tratamiento de las patologías que son causa de esterilidad.

23. Oftalmología. No se incluye el tratamiento ni las consultas para la adaptación de lentes o lentillas, ni el tratamiento con láser excímer, lásik o cualquier otro tratamiento corrector del defecto visual que pudiera existir.

24. Oncología médica. No se incluyen los tratamientos aún cuando se presten en régimen ambulatorio.

25. Otorrinolaringología. Se excluyen las prótesis auditivas tanto externas como internas (p.e. audífonos o prótesis cocleares), así como su implante.

26. Pediatría y puericultura.

27. Proctología.

28. Psiquiatría. Se incluye las consultas psiquiátricas con un límite de 12 consultas al año por asegurado. Se excluyen las curas de desintoxicación, las curas de sueño y los tratamientos de psicoterapia y psicoanálisis.

29. Reumatología.

30. Traumatología y cirugía ortopédica.

31. Urología. Se excluye la vasectomía.

C. Medios de diagnóstico:

1. Análisis clínicos, anatomopatológicos y biológicos.

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

- Radiología general, digestiva y ortopantomografías
- Ecografía
- Mamografía
- Scanner (TAC)
- Resonancia Magnética (RMN)

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

3. Pruebas de Cardiología. La cobertura de la presente póliza incluye los siguientes medios de diagnóstico en la especialidad de cardiología:

- Electrocardiograma
- Holter T.A. y Holter ECG
- Prueba de esfuerzo
- Ecocardiograma y Eco-doppler
- Estudios electrofisiológicos

4. Neurofisiología Clínica. La cobertura de la presente póliza incluye los siguientes medios de diagnóstico en la neurofisiología clínica:

- Electroencefalograma
- Electromiograma
- Potenciales evocados

5. Urodinámica.

D. Tratamientos especiales:

Son objeto de la cobertura de la presente póliza los siguientes tratamientos especiales:

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. No quedan incluidos los aparatos CPAP y BIPAP.

2. Rehabilitación. La cobertura de la presente póliza incluye los tratamientos de rehabilitación destinados exclusivamente a recuperar en un periodo de tiempo limitado por patologías agudas una funcionalidad o habilidad disminuida o perdida, a consecuencia de traumatismo o enfermedad cubiertos por la póliza. Carecen de cobertura los tratamientos de mantenimiento y la fisioterapia u otro tipo de terapias que no tengan por objeto restituir habilidades o funciones en un determinado periodo.

Se excluyen los tratamientos para aprendizaje, adquisición de habilidades o estimulación precoz, la rehabilitación pedagógica (p.e. dislexia) y terapias o tratamientos psicoterapéuticos (anorexia, fracaso escolar, etc.).

3. Ondas de choque. Sólo se cubrirá en pacientes que hayan recibido previamente los tratamientos convencionales de rehabilitación física y éstos no hayan sido efectivos y sólo para el tratamiento de las siguientes patologías:

- Pseudoartrosis
- Necrosis avasculares
- Osteocondritis

E. Urgencias ambulatorias:

La asistencia en caso de urgencia ambulatoria se prestará exclusivamente en los centros de urgencia no hospitalarios que indique en el cuadro médico de la Compañía.

F. Asistencia en Viaje en el Extranjero:

Conforme a la cobertura que se detalla en Anexo específico.

G. Cobertura Dental Franquiciado:

Antares pone a su disposición su cuadro "Odontológico Concertado" a nivel nacional. Dispondrá de información sobre los conciertos médicos actualizada en la página web.

Si opta por su utilización, dispondrá de determinados servicios gratuitos y tarifas especiales en el resto de servicios.

H. Coberturas adicionales:

Mediante la modalidad de reembolso de gastos se da cobertura a los gastos de:

- **Farmacia:** el 80% del importe de las facturas de farmacia extrahospitalaria con el límite anual de 251 euros por asegurado.

Se reembolsarán los gastos de medicamentos prescritos bajo receta médica que no sean de libre dispensación y la patología para la cual se aplican, esté cubierta por este seguro.

Quedan cubiertos los medicamentos prescritos por el Sistema Nacional de Salud, que no sean de libre dispensación, y se reembolsará la parte no asumida por el mismo.

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

Quedando excluidas todas aquellas vacunas opcionales necesarias por motivo de viajes al extranjero, otras vacunas de carácter preventivo no enunciadas en el párrafo anterior y las que se encuentren en fase de desarrollo experimental.

- **Psicología Clínica:** Por esta cobertura el Asegurador se compromete a reembolsar los gastos de atención psicológica de forma individual y temporal bajo las siguientes condiciones:



- Se reembolsará el 90% de la factura presentada hasta un límite de 6 sesiones asegurado/año y un máximo de 51 euros sesión.
- La atención psicológica deberá estar prescrita por un psiquiatra, pediatra o neurólogo y hasta lograr que la patología susceptible de tratamiento alcance su máximo grado de recuperación.

- **Podología:** el 90% del importe de la sesión con un límite de 51 euros y con 4 sesiones al año en tratamientos podológicos recibidos en consulta, exploraciones, lesiones de uñas, callosidades, papilomas, infecciones, tratamientos de quiropodia.

Gestión del reembolso:

Para la correcta tramitación de los reembolsos será imprescindible que el Asegurado cumplimentar la solicitud on line habilitada en la página web www.segurosyfondos.com. Así mismo el asegurado deberá presentar las facturas originales y toda aquella documentación que la Compañía requiera para analizar el siniestro y valorar si este se ajusta a la cobertura que otorga la póliza.

4. Exclusiones.

Quedan excluidos de la cobertura los siguientes conceptos:

I. Las enfermedades o lesiones, que se hayan manifestado antes de la entrada en vigor de la póliza, aún cuando no se hubiera establecido un diagnóstico concreto.

II. Los gastos de farmacia, así como el correspondiente a las vacunas, los tratamientos desensibilizantes y los tratamientos dietéticos.

III. La hospitalización tanto la ordinaria como la de carácter socio-familiar.

IV. Los gastos de pruebas complementarias y tratamientos realizados por prescripción de facultativos ajenos al Cuadro Médico.

V. Los honorarios de facultativos o de otros profesionales ajenos al Cuadro Médico.

VI. La asistencia de urgencia ambulatoria en centros no concertados.

VII. Los gastos por tratamientos odontológicos.

VIII. Los gastos de desplazamiento para recibir asistencia en la misma o distinta provincia del Estado español o en el extranjero.

IX. 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.

X. Quedan excluidas las prótesis.

XI. La cirugía plástica y reparadora con fines estéticos, así como el tratamiento esclerosante de varices.

XII. Los procedimientos diagnósticos no contrastados científicamente, los tratamientos de acupuntura, organometría y "otras terapias alternativas".

XIII. El tratamiento del alcoholismo crónico, drogadicción y el uso de psicofármacos, estupefacientes o alucinógenos, así como enfermedades o accidentes que traigan causa de ellos.

XIV. Las que correspondan a honorarios por tratamientos o diagnósticos en balnearios o curas de reposo, aun cuando hayan sido prescritas por un médico.

XV. Los derivados del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y de las enfermedades que del mismo se deriven.

XVI. La tentativa de suicidio, la mutilación voluntaria, cualquier accidente causado por mala fe o intencionadamente por el Asegurado, su participación en riñas (siempre que no sea en legítima defensa) o en actividades delictivas.

XVII. La que traiga causa en la práctica profesional de cualquier deporte o de la realización como aficionado de actividades, como

el boxeo, las artes marciales, la hípica, el esgrima, el paracaidismo y los deportes aéreos, el submarinismo y la pesca submarina, el alpinismo y los deportes de montaña (quedan incluidos los accidentes derivados de la práctica como aficionado del esquí), la espeleología, las carreras automovilísticas o de motos, así como la participación en corridas o encierros de reses bravas.

XVIII. Enfermedades o accidentes derivados de causa mayor: Guerra, actos de terrorismo o de carácter político y social, erupciones volcánicas, fenómenos sísmicos o meteorológicos de índole extraordinaria.

XIX. Las enfermedades o accidentes como consecuencia directa de la transmutación del átomo o de radiaciones de partículas atómicas, y epidemias declaradas oficialmente.

XX. Que correspondan a test genéticos que tengan por finalidad conocer la predisposición del Asegurado o de su descendencia a padecer ciertas enfermedades relacionadas con el mapa genético.

XXI. Todo lo relativo a la psicología y al psicoanálisis.

XXII. Los gastos y prestaciones derivados de accidentes de circulación, accidentes de trabajo o enfermedad profesional, salvo, la asistencia sanitaria derivada de accidentes amparados por el seguro obligatorio de vehículos de motor, y siempre que, el Asegurado facilite el derecho de subrogación a la Aseguradora en el ejercicio de los derechos y acciones que por razón del siniestro correspondan al Asegurado.

XXIII. Tratamientos de hemodiálisis.

XXIV. El coste del aparato DIU independientemente de la función para la que se destine dicho dispositivo.

5. Plazos de Carencia.

Se tendrá acceso a las prestaciones garantizadas por el seguro desde el momento de entrada en vigor de la póliza, salvo las consultas, pruebas diagnósticas y tratamientos motivados por el seguimiento del embarazo que tendrán una carencia de 9 meses. **En ningún caso estará cubierto el parto.**

6. Ámbito geográfico.

Las garantías del presente contrato de seguro son de aplicación en el territorio nacional y siempre que el domicilio habitual de residencia del titular se encuentre en España. Si dicho domicilio fuese trasladado fuera de España, la cobertura de la póliza cesará automáticamente, siendo devuelta la parte de prima no consumida por el Tomador del seguro.

7. Unidad familiar asegurada.

Se entiende por unidad familiar al titular y sus familiares dependientes asegurados y que se reflejarán en las Condiciones Particulares de la póliza.

A. Variaciones en la composición de la unidad familiar.

Altas

1. Conforme a la definición de Asegurado detallada en estas Condiciones Generales, podrán obtener las coberturas del contrato todas las personas físicas en cuyo favor se establezcan, siempre que concurren las condiciones de asegurabilidad definidas por el Asegurador y que se determinen previamente con el Tomador en las correspondientes Condiciones Particulares.

2. En el caso de familiares dependientes estarán incluidos en el seguro mientras reúnan los requisitos indicados en la definición de "Familiares Dependientes".

3. Los hijos recién nacidos de cualquier Asegurado serán dados de alta en la póliza desde su nacimiento, excepto cuando el Tomador del seguro o el Asegurado disponga lo contrario mediante comunicación al Asegurador.

La comunicación de alta deberá llevarse a cabo mediante la cumplimentación de la solicitud de seguro y, si procede, la correspondiente declaración de estado de salud.



Bajas

La presente póliza de seguro se extinguirá a título individual en los siguientes supuestos:

1. Para el Titular y/o Tomador:

- Por fallecimiento

En este caso, los familiares dependientes asegurados podrán optar por contratar una póliza de asistencia sanitaria de coberturas y características análogas, sin que le sea de aplicación periodos de carencia o dolencias preexistentes a la contratación de esta nueva póliza, y siempre y cuando lo solicite en un plazo máximo de 30 días.

2. Para familiares dependientes asegurados:

- Por fallecimiento
- Por la pérdida de condición de familiar dependiente

En este último caso, el Asegurado podrá optar por contratar individualmente una póliza de asistencia sanitaria de coberturas y características análogas, sin que le sea de aplicación periodos de carencia o dolencias preexistentes a la contratación de esta nueva póliza, y solicite en un plazo máximo de 30 días.

B. Requisitos de adhesión.

- El tomador del seguro o asegurado titular deberá ser mayor de 18 años.
- No podrán incorporarse al seguro personas mayores de 65 años.

8. Fecha de efecto y duración del seguro.

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 del mismo. **La póliza será renovable tácitamente por periodos anuales salvo oposición expresa del Tomador o Asegurador, manifestada por escrito con una antelación de, al menos, un mes respecto al vencimiento de cualquier anualidad, que coincidirá en todo caso con el 31 de diciembre de cada año, cuando la oposición sea del Tomador y de dos meses cuando la denuncia sea de la Entidad aseguradora.**

Las coberturas de la póliza cesarán automáticamente al producirse la resolución del contrato, quedando el Asegurado sin derecho a la prestación de los servicios. Desde ese momento, el Asegurado no tendrá derecho a las prestaciones sanitarias posteriores, aunque tengan su origen en enfermedades o accidentes anteriores a la fecha de extinción de la póliza.

Aunque el Asegurador resuelva el contrato, las coberturas de la misma no cesarán individualmente para los Asegurados que se hallen en tratamiento en régimen hospitalario hasta su alta médica o como máximo doce meses después de la comunicación de la citada resolución.

9. Deberes del Tomador y Asegurado.

1. El tomador del seguro, o en su caso el asegurado, tiene el deber, antes de la conclusión del contrato, de declarar al asegurador, de acuerdo con el cuestionario que éste le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. Quedará exonerado de tal deber si el asegurador no le somete cuestionario o cuando, aun sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él.

2. La contratación se efectuará mediante la suscripción por el Tomador de un original y una copia de las Condiciones Generales y Particulares. Las copias una vez firmadas se entregarán al Asegurador.

3. El Tomador una vez recibidas las Condiciones Generales y Particulares, deberá comprobar que los datos en ellos contenidos son correctos. En caso de no ser así, podrá 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. La rectificación de los errores producidos podrá conllevar la modificación de las primas, sin que la modificación entre en vigor hasta que la mayor prima, en su caso, se satisfaga.

4. El Tomador del seguro o el Asegurado tiene la obligación de comunicar al Asegurador, durante la vigencia del contrato, tan pronto como le sea posible la alteración de los factores y las circunstancias declaradas en el cuestionario o declaración de salud que agraven el riesgo, como el cambio de ocupación o de actividad del Asegurado.

En ningún caso tiene la consideración de agravación del riesgo la pérdida de salud.

5. El Asegurado deberá aminorar 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.

10. 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 civil 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.

11. 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. Corresponderán al asegurador, salvo que concorra dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al período en curso en el momento que haga esta declaración.

Si el siniestro sobreviene antes de que el asegurador haga la declaración a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de éste se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si medió dolo o culpa grave del tomador del seguro quedará el asegurador liberado del pago de la prestación.

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.

3. Igualmente, cada uno de los certificados individuales de seguro emitidos en virtud de este contrato son indisputables transcurrido un año desde su toma de efecto.

4. En el supuesto de indicación inexacta de la fecha de nacimiento del Asegurado, la Entidad aseguradora solo podrá impugnar el contrato si la verdadera edad del Asegurado en el momento de su alta en la póliza en vigor excede de los límites de admisión establecidos por ésta.

5. En otro caso, si como consecuencia de una declaración inexacta de la edad, la prima pagada es inferior a la que correspondería pagar, la prestación de la Entidad aseguradora se reducirá en proporción a la prima percibida. Si, por el contrario, la prima pagada es superior a la que debería haberse abonado, la Entidad aseguradora está obligada a restituir el exceso de las primas percibidas, sin intereses.

12. Primas.

1. El pago de las primas se realizará por anticipado mediante el medio que se fije entre el Tomador y la Aseguradora, para lo que el Tomador proporcionará al Asegurador una carta dirigida a la entidad de crédito



autorizando el pago de los recibos correspondientes en el caso que se opte por la domiciliación bancaria.

2. La prima será única para cada anualidad, si bien las Condiciones Particulares podrán prever su fraccionamiento mensual, trimestral o semestral, incluyendo en tal 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. 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 la prima no hubiera sido pagada antes de que se produzca cualquier siniestro, el Asegurador quedará liberado de su obligación, salvo pacto en contrario.

4. Transcurrido un mes desde el impago de una prima, el contrato de seguro quedará en suspenso. Si el Asegurador no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes a dicho vencimiento, se entenderá que la póliza queda extinguida.

5. 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.

6. Con anterioridad al 31 de octubre de cada año, el Asegurador comunicará al Tomador el importe de las primas y copagos aplicables en la siguiente anualidad por cada uno de los Asegurados, en función de la edad de cada uno de éstos, con fundamento en los cálculos técnico-actuariales sobre las mejoras de coberturas y de las modificaciones que el Asegurador realice en su tarifa y copagos al objeto de adecuarla a la variación del coste de los servicios sanitarios y a la experiencia técnica de esta cobertura. El Tomador podrá optar, en caso de discrepancia con las primas y copagos previstos para la siguiente anualidad, por comunicar al Asegurador su voluntad de extinguir la póliza de seguro al vencimiento de la anualidad en curso. Asimismo, la prima podrá variar en virtud de la zona de residencia de los asegurados.

13. Copagos.

En este seguro el asegurado colabora en la financiación de los servicios médicos que utilice, mediante el abono al Asegurador de los importes que se fijan en las Condiciones Particulares. Esta cantidad, se añadirá al importe del recibo de prima correspondiente. Estas cuantías podrán ser objeto de revisión anual, en la forma indicada en el apartado anterior.

14. Tributos.

Todos los tributos que graven la presente póliza, y que sean legalmente repercutibles, serán por cuenta del Tomador o del Asegurado según proceda.

15. Extravío o destrucción.

En caso de extravío, robo o destrucción de la presente póliza, el Tomador o el Asegurado del seguro lo comunicarán por correo certificado al Asegurador, que, de acuerdo con las disposiciones legales vigentes, procederá a la emisión de un duplicado con idéntica eficacia que la original.

En la comunicación del extravío, robo o destrucción, que se hará por escrito se explicarán las circunstancias del caso y se aportarán las pruebas de haberlo notificado a quienes resulten titulares de algún derecho en virtud de este contrato.

16. Comunicaciones.

1. Todas las comunicaciones derivadas de la presente póliza deberán hacerse por escrito.
2. Las comunicaciones al Asegurador se dirigirán al domicilio de éste o a sus oficinas que aparezcan recogidas en las Condiciones Particulares.
3. Las comunicaciones al Tomador y al Asegurado se dirigirán al domicilio recogido en el Certificado de Seguro, salvo que se haya notificado su cambio de forma fehaciente.

17. Prescripción.

Todas las acciones para el reconocimiento de los derechos que puedan derivarse de la presente póliza quedarán extinguidas en el plazo de cinco años a computar desde el día en que aquéllos pudieron ejercerse.

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

19. Confidencialidad y Protección de datos.

El Tomador y la Aseguradora se obligan mutua y recíprocamente durante y con posterioridad a la vigencia de este contrato a tratar toda la información manejada de forma estrictamente confidencial y de acuerdo con la legislación vigente en materia de protección de datos personales.

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal, ANTARES informa que los datos de carácter personal facilitados por el Tomador y los Asegurados así como los que puedan generarse durante la vigencia de este contrato, incluidos datos de salud, serán incorporados, para su tratamiento, a un fichero automatizado de "Seguros de Vida y Pensiones Antares S.A."

Estos datos son indispensables para la valoración del riesgo y para el mantenimiento y efectividad de la relación contractual con la Compañía Aseguradora. Los datos podrán ser comunicados entre ANTARES y otras compañías Aseguradoras o prestadoras de servicios o profesionales que colaboren en la gestión del seguro o para el eventual reparto de riesgo.

Las partes contratantes deberán adoptar las medidas de índoles técnicas y organizativas que requiera en cada momento la legislación en materia de protección de datos personales.

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

La Entidad aseguradora garantizará que los Asegurados podrán ejercer sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación de tales datos mediante comunicación escrita a ANTARES.

Conforme a la Ley de Ordenación de los Seguros Privados, el Asegurador informa que los datos o parte de ellos, así como los que se generen en caso de siniestro, podrán ser cedidos a entidades públicas relacionadas con el sector Asegurador con fines estadístico-actuariales y de prevención del fraude, en la selección de riesgos y en la liquidación de siniestros.

ANEXO ASISTENCIA EN VIAJE EN EL EXTRANJERO

1. GARANTÍAS CUBIERTAS.

GARANTÍAS EN CASO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD.

a. GASTOS MÉDICOS, FARMACÉUTICOS O DE HOSPITALIZACIÓN EN EL EXTRANJERO.

La ASEGURADORA toma a su cargo los gastos y honorarios médicos por consultas o tratamientos al Asegurado, incluso los quirúrgicos y farmacéuticos, en caso de enfermedad o accidente cubierto por la póliza, siempre y cuando se haya solicitado la previa conformidad de la ASEGURADORA según lo dispuesto en los trámites a seguir en caso de siniestro.

De determinarse por el médico de la ASEGURADORA, de común acuerdo con el que estuviera atendiendo al Asegurado, la necesidad



de que éste sea hospitalizado, la ASEGURADORA se hará cargo de los gastos de traslado hasta el centro hospitalario, su estancia en el mismo y los servicios sanitarios necesarios para la curación del Asegurado, incluidos los gastos farmacéuticos hasta el límite de **12.000 Euros**.

b. GASTOS ODONTOLÓGICOS DE URGENCIA EN EL VIAJE AL EXTRANJERO.

En el supuesto de viaje al extranjero, la ASEGURADORA se hará cargo de los gastos de tratamiento o consecuencia de la aparición de problemas odontológicos agudos como infecciones, dolores, rotura de piezas, caída de empastes, etc. que requieran un tratamiento de urgencia, con un límite de **300 Euros**.

c. TRASLADO SANITARIO O REPATRIACIÓN MÉDICA.

El Asegurador procederá al traslado, con atención médico-sanitaria si fuera necesario, del Asegurado que hubiera sufrido un accidente o enfermedad grave, que exija cuidados vitales, y siempre que así lo decidan los servicios médicos del Asegurador en colaboración con el médico que trate al Asegurado, cuando no pueda proseguir el viaje por sus propios medios, hasta un centro hospitalario en España.

El transporte sanitario se realizará en el medio más adecuado atendiendo al estado del enfermo o accidentado, así como a las demás consideraciones de índole sanitaria y de disponibilidad de medios. En todo caso, el avión ambulancia sólo será utilizable en Europa y países ribereños del mar Mediterráneo.

En caso de afecciones benignas o heridas leves que no den motivo a repatriación médica, el Asegurador se hará cargo del transporte del Asegurado en vehículo o ambulancia, hasta el lugar en que puedan prestarse los cuidados sanitarios necesarios.

d. ENVÍO DE UN MÉDICO ESPECIALISTA.

Si el estado de gravedad del Asegurado no permitiera su traslado sanitario a España según lo dispuesto en la cobertura anterior, y la asistencia que le pudiera ser prestada localmente no fuera suficientemente idónea a juicio de los servicios médicos del Asegurador, éste enviará un médico especialista al lugar donde se encuentra el Asegurado para su atención sanitaria, hasta que se pueda proceder a la repatriación médica.

e. ENVÍO DE MEDICAMENTOS.

El Asegurador enviará un medicamento de interés vital para el tratamiento de las lesiones o enfermedad grave ocurridas durante el viaje al extranjero, que no pueda ser obtenido en el lugar donde se halle el Asegurado, enfermo o accidentado. En el supuesto de que el Asegurador asuma los gastos médicos, de conformidad y en aplicación de la garantía primera, los mismos se extenderán al coste del medicamento, siendo en caso contrario a cargo del Asegurado únicamente el precio satisfecho por el Asegurador para la adquisición del medicamento en cuestión.

f. CONSULTA O ASESORAMIENTO MÉDICO A DISTANCIA.

Si el Asegurado precisara durante el viaje una información de carácter médico que no le fuera posible obtener localmente, podrá solicitar la misma telefónicamente al Asegurador, el cual la proporcionará a través de sus Centrales de Asistencia, sin asumir ninguna responsabilidad por la citada información, habida cuenta de la imposibilidad de diagnóstico telefónico.

g. TRÁMITES ADMINISTRATIVOS PARA HOSPITALIZACIÓN.

El Asegurador colaborará en la gestión de cuantos trámites administrativos sean necesarios para formalizar la admisión del Asegurado en el centro hospitalario, previa solicitud a la Central de Asistencia.

h. GASTOS DE REGRESO DE ACOMPAÑANTES.

En el caso de que el Asegurado fuera hospitalizado o trasladado, a causa de accidente o enfermedad grave cubierto por la póliza, y

vijara con su cónyuge o pareja de hecho o familiares directos en primer grado, y estos no pudieran proseguir el viaje en el medio de locomoción que estuvieren utilizando, el Asegurador organizará y tomará a su cargo el traslado a su lugar de origen o al de destino, a elección de los acompañantes, en un medio de transporte público y colectivo, siempre que el coste del traslado al destino no supere el de retorno al domicilio.

i. RETORNO DE MENORES.

Si el Asegurado viajara en compañía de hijos menores de 18 años, y quedasen sin asistencia por causa de accidente, enfermedad o traslado de aquel cubierto por la póliza, no pudiendo continuar el viaje, el Asegurador organizará y tomará a cargo su regreso al domicilio familiar, satisfaciendo los gastos de viaje de un familiar o amigo designado por el Asegurado para que los acompañe en su regreso si fuera necesario.

Si el Asegurado no pudiera designar a nadie, el Asegurador proporcionará un acompañante.

En todo caso, el transporte de los menores y acompañante se realizará en el medio de transporte público y colectivo más adecuado a las circunstancias del caso.

j. REGRESO ANTICIPADO.

Si el Asegurado debe interrumpir su viaje por fallecimiento de su pareja, ascendientes o descendientes en primer grado de consanguinidad o afinidad de cualquiera de los Asegurados, el Asegurador le facilitará un billete de ida y vuelta en ferrocarril (primera clase), avión (clase turista) o del medio de transporte público y colectivo más adecuado, para acudir hasta el lugar de inhumación en España, del familiar fallecido.

Esta garantía se extiende excepcionalmente al supuesto de graves daños materiales en el domicilio familiar en España.

k. TRASLADO O REPATRIACIÓN DE RESTOS MORTALES.

Si, en el transcurso de un viaje cubierto por la póliza, se produjera el óbito del Asegurado, el Asegurador se hará cargo de los trámites y gastos necesarios para el traslado de sus restos mortales hasta el lugar de inhumación en España.

l. ACOMPAÑANTE DE RESTOS MORTALES.

De no haber quien acompañe en su traslado los restos mortales del Asegurado fallecido, el Asegurador facilitará a la persona con domicilio en España que designen los familiares, un billete de ida y vuelta en ferrocarril (primera clase), avión (clase turista) o del medio de transporte público y colectivo más idóneo, para acompañar el cadáver.

m. GASTOS DE ESTANCIA DEL ACOMPAÑANTE DE RESTOS MORTALES.

De haber lugar a la cobertura anterior, si el acompañante debiera permanecer en el lugar de acaecimiento del fallecimiento, por trámites relacionados con el traslado de los restos mortales del Asegurado, el Asegurador se hará cargo de sus gastos de estancia y manutención, hasta 60,10 Euros con un máximo de 3 días.

n. RETORNO DE ACOMPAÑANTES DEL FALLECIDO.

Si el Asegurado fallecido viajara en compañía de su pareja o familiares, el Asegurador organizará y tomará a su cargo los gastos de retorno de los mismos en el medio de transporte público y colectivo más idóneo, hasta el domicilio familiar, siempre que no pudieran proseguir el viaje en el medio de locomoción que estuvieran utilizando.

o. FIANZAS Y GASTOS PROCESALES.

El Asegurador anticipará al Asegurado, previa garantía formal de proceder a la devolución de las cantidades que le sean prestadas en el plazo de sesenta días, el importe correspondiente a los gastos



de Defensa Jurídica del mismo, hasta un límite de 601,01 Euros, así como el de las fianzas penales que éste se viera obligado a constituir, como consecuencia de un procedimiento judicial instruido con motivo de un accidente de automóvil acaecido fuera del país de residencia y/o domicilio habitual del Asegurado, hasta un máximo de 6.010,12 Euros.

p. SERVICIO DE INFORMACIÓN AL VIAJERO.

El Asegurador facilitará telefónicamente información básica al Asegurado sobre expedición de pasaportes, visados requeridos, vacunaciones recomendadas u obligatorias, cambios de moneda, Consulados y Embajadas españolas en el mundo y, en general, datos informativos de utilidad al viajero; previamente al inicio de un viaje o durante el mismo.

q. SERVICIO DE INFORMACIÓN ASISTENCIAL.

El Asegurador, previa autorización del Asegurado, pondrá a disposición de sus familiares su Red de Centrales de Asistencia para facilitar cuanta información sea necesaria acerca de todas las operaciones de asistencia y ayuda desarrolladas.

r. TRANSMISIÓN DE MENSAJES URGENTES.

El Asegurador pondrá a disposición del Asegurado su red de Centrales de Asistencia para transmitir cuantos mensajes urgentes sean necesarios, derivados de la aplicación de las coberturas y que no puedan ser enviados de otro modo por el Asegurado.

s. ENVÍO DE OBJETOS OLVIDADOS DURANTE EL VIAJE.

En caso de que el Asegurado hubiera olvidado durante su viaje equipaje u objetos personales, el Asegurador organizará y asumirá el envío de los mismos hasta el domicilio en España del Asegurado, con un máximo de 120,20 Euros. Esta garantía se extiende también a aquellos objetos que le hubieran sido robados durante el viaje y recuperados posteriormente.

2. EXCLUSIONES DE ASISTENCIA EN VIAJE.

A) EXCLUSIONES APLICABLES A LAS GARANTÍAS EN CASO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD.

Quedan excluidos de la póliza los siniestros que sean consecuencia de:

a. Enfermedades preexistentes y/o congénitas, afecciones crónicas o dolencias bajo tratamiento médico previo al inicio del viaje. En caso de crisis o agravamiento de una enfermedad preexistente y/o congénita, afecciones crónicas o dolencias bajo tratamiento médico, quedarán cubiertas exclusivamente en caso de urgencia los gastos médicos necesarios para estabilizar al paciente.

b. Exámenes médicos generales, chequeos y cualquier visita o tratamiento que tenga carácter de medicina preventiva, según los criterios médicos generalmente aceptados.

c. Viajes que tengan por objeto recibir tratamiento médico.

d. Diagnóstico, seguimiento y tratamiento del embarazo, interrupción voluntaria del mismo y partos.

e. Suicidio, tentativa de suicidio o auto lesiones del Asegurado.

f. Consumo de bebidas alcohólicas, drogas o medicamentos, salvo que estos últimos hubieran sido prescritos por facultativo.

g. Tratamiento, diagnóstico y rehabilitación de enfermedades mentales o nerviosas.

h. Enfermedades de transmisión sexual, y especialmente, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y sus enfermedades derivadas.

i. Adquisición, implantación, sustitución, extracción y/o reparación de prótesis de cualquier tipo, tales como marcapasos, piezas anatómicas, ortopédicas u odontológicas, gafas, lentillas, aparatos de sordera, muletas, etc.

j. Tratamientos odontológicos, oftalmológicos u otorrinolaringológicos, salvo los supuestos de urgencia.

k. Tratamientos especiales, cirugías experimentales, cirugía plástica o reparadora y los no reconocidos por la ciencia médica occidental.

l. Cualquier gasto médico incurrido en España aunque corresponda a un tratamiento prescrito o iniciado en el extranjero.

B) EXCLUSIONES APLICABLES A LAS GARANTÍAS EN CASO DE FALLECIMIENTO.

Quedan excluidos de la póliza:

a. Los siniestros ocurridos como consecuencia del suicidio del Asegurado.

b. Gastos de inhumación y ceremonia.

C) EXCLUSIONES APLICABLES CON CARÁCTER GENERAL PARA TODAS LAS GARANTÍAS.

Quedan excluidos de la póliza los daños, situaciones o gastos, que sean consecuencia de:

a. Prestaciones que no hayan sido comunicadas previamente al Asegurador y aquellas para las que no se hubiera obtenido la conformidad de este, salvo los supuestos de imposibilidad material, debidamente acreditada.

b. Práctica como profesional de cualquier deporte, y como aficionado de deportes de invierno, deportes en competición y actividades notoriamente peligrosas o de alto riesgo.

c. Viajes de duración superior a 90 días consecutivos.

d. La intervención de cualquier Organismo Oficial de Socorro de urgencia o el coste de sus servicios.

e. Rescate de personas en montañas, simas, mares, selvas o desiertos.

f. Actos fraudulentos del Tomador, Asegurado, Beneficiario o familiares de los mismos.

g. Los riesgos derivados de la utilización de energía nuclear.

h. Los riesgos extraordinarios tales como guerras, terrorismo, tumultos populares, huelgas, fenómenos de la naturaleza y cualquier otro fenómeno de carácter catastrófico o acontecimientos que por su magnitud y gravedad sean calificados como catástrofe o calamidad nacional.

3. LÍMITES DE LAS GARANTÍAS DE ASISTENCIA EN VIAJE.

Los límites máximos de las garantías de este Tratado serán aquellos que se especifican para cada garantía. Para aquellas garantías en las que no figure límite cuantitativo y se encuentren indicadas como incluidas, se entenderá que el límite máximo de las mismas será el coste efectivo de la prestación del servicio a efectuar por el Asegurador. En cualquier caso, todos los límites de esta póliza son por siniestro ocurrido y Asegurado.

4. ÁMBITO TERRITORIAL DE ASISTENCIA EN VIAJE.

Las coberturas serán de aplicación en cualquier país del mundo, excluido España.

5. TRAMITACIÓN DE SINIESTROS DE ASISTENCIA EN VIAJE.

Para la solicitud de cualquiera de los servicios concertados por este Tratado, bastará con una llamada telefónica al número de teléfono, **(34) 91.572.44.32.**

Este servicio de alarma funciona durante las 24 horas del día.

A partir de la llamada en que se solicite cualquiera de los servicios pactados, la ASEGURADORA se obliga a realizar todas las gestiones para lograr el servicio que se solicite, de acuerdo con lo previsto en este contrato.

Teléfono de Asistencia en Viaje en el Extranjero: **(34) 91.572.44.32**