

**SOLICITUD DE SEGURO DE ASISTENCIA SANITARIA
O REEMBOLSO**

Datos de
producción

Clave de Intervención

Oficina

Nº de Póliza Colectiva / Familia:

Nº de Solicitud / Póliza individual:

Fecha de efecto solicitada:

Cumplimentar este apartado si se trata de una Solicitud de **ADHESIÓN A PÓLIZA COLECTIVA**

TOMADOR DEL SEGURO COLECTIVO

Nombre/Razón Social: N.I.F.

Nº EMPLEADO

GRUPO FAMILIAR ¿El asegurado es titular del grupo familiar? Sí No

Titular del que depende: Parentesco con el titular:

DATOS DEL SOLICITANTE

Tipo de documento: N.I.F. N.I.E. Nº Documento:

Razón Social:

Nombre: Apellido 1: Apellido 2:

Fecha de Nacimiento: Sexo: Estado Civil:

Domicilio:

Localidad: Código Postal: Provincia:

Tfno. Móvil: Correo electrónico:

DOMICILIO FAMILIAR

Rellenar este apartado si el domicilio del Asegurado Titular es distinto al domicilio del solicitante.

Dirección:

Localidad: Código Postal: Provincia:

Tfno. Móvil: Correo electrónico:

DOMICILIO DE COBRO DE RECIBOS Y/O PAGO DE PRESTACIONES

Cumplimentar **Domicilio Abono** solo si es diferente a **Domicilio Cobro**

Titular de la cuenta:

Domicilio Cobro: IBAN: ES

Domicilio Abono: IBAN: ES

Forma de Pago: Anual Semestral Trimestral Bimestral Mensual

GARANTÍAS POR PRODUCTO

Seleccionar producto y garantía opcional en su caso.

Las garantías son las mismas para todos los asegurados de la póliza.

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Asistencia Sanitaria Tú e-liges G. Extrahospitalaria <input type="checkbox"/> Garantía Bucodental | <input type="checkbox"/> Asistencia Sanitaria Plus (producto con copago) <input type="checkbox"/> Asistencia Sanitaria Supra (producto sin copago) G. Extrahospitalaria G. Hospitalaria <input type="checkbox"/> Garantía Bucodental | <input type="checkbox"/> Asistencia Sanitaria Colectiva G. Extrahospitalaria G. Hospitalaria <input type="checkbox"/> Garantía Bucodental | <input type="checkbox"/> Reembolso G. Extrahospitalaria G. Hospitalaria <input type="checkbox"/> Garantía Bucodental <input type="checkbox"/> Gran Cobertura |
|---|--|---|---|

Esta solicitud no obliga a la entidad a formalizar el contrato de seguro ni da derecho a utilizar sus prestaciones hasta el momento en que MAPFRE ESPAÑA acepte la solicitud emitiendo la póliza correspondiente y siempre que, salvo pacto expreso en contrario, se haga efectiva la primera prima del seguro.

Firma del solicitante

Fecha:

(Cumplimentación obligatoria)

INFORMACIÓN IMPORTANTE: La firma de este documento no exime de que la entidad requiera nuevamente que se firme mediante alguno de los procedimientos automatizados que MAPFRE tenga implementados.

OBSERVACIONES

| Datos de los Asegurados | Asegurado Titular | Asegurado 2 | Asegurado 3 | Asegurado 4 |
|--|-------------------|-------------|-------------|-------------|
| Nombre | | | | |
| Apellido 1 | | | | |
| Apellido 2 | | | | |
| Parentesco con el Titular | | | | |
| Sexo / Fecha Nacimiento | / | / | / | / |
| <input type="radio"/> N.I.F. <input type="radio"/> N.I.E. | | | | |
| Estado Civil | | | | |
| Profesión | | | | |

| CUESTIONARIO DE SALUD | Asegurado Titular | Asegurado 2 | Asegurado 3 | Asegurado 4 |
|---|-------------------|-------------|-------------|-------------|
| 1. ¿Tiene alguna póliza similar a las coberturas solicitadas? En caso afirmativo, aporte copia de las condiciones particulares de la póliza y del último recibo abonado para respetar carencias. | | | | |
| 2. Peso (kg.) | | | | |
| 3. Estatura (cm.) | | | | |
| 4. ¿Ha estado ingresado en algún hospital o ha sido intervenido por alguna patología distinta de las que se muestran en la lista abajo indicada? | | | | |
| 5. ¿Tiene prevista alguna intervención quirúrgica? | | | | |
| 6. ¿Ha padecido, padece o se encuentra bajo tratamiento/control médico por alguna patología distinta de las que se muestran en la lista abajo indicada? | | | | |

| LISTA DE PATOLOGÍAS | | |
|--------------------------------------|---|------------------------------------|
| Acné sin tratamiento | Cifosis leve | Miopía hasta 5 dioptrías |
| Amigdalitis | Escoliosis leve | Poliomielitis (polio) sin secuelas |
| Anginas | Fimosis intervenida | Soplo cardiaco funcional |
| Apendicitis intervenida sin secuelas | Hipermetrópia hasta 2 dioptrías | Talasemia minor |
| Astigmatismo hasta 2 dioptrías | Hongos de la piel / Candidiasis en piel | Uña encarnada intervenida |
| Bronquitis aguda | Lipoma o quiste sebáceo intervenido | Varicocele intervenido |
| Cefaléas, Jaquecas, Migrañas leves | Lordosis leve | Vegetaciones intervenidas |
| Chalazión intervenido | Mastopatía fibroquística asintomática | |

Amplíe información sobre las preguntas contestadas afirmativamente indicando:

Fecha de inicio de la dolencia y/o ingreso hospitalario, diagnóstico exacto, tratamiento médico, evolución y estado actual.

El abajo firmante autoriza expresamente al servicio médico de MAPFRE ESPAÑA para que, en su caso, requiera a los médicos e instituciones necesarias las informaciones precisas para valorar el riesgo, para la gestión de siniestros y la autorización de las prestaciones futuras.

Reconoce como suyas las declaraciones efectuadas anteriormente sobre su estado de salud y el de su familia, aunque no sean de su puño y letra, y sabe que las ocultaciones o inexactitudes en las respuestas podrá originar la reducción o incluso la pérdida total de las prestaciones garantizadas.

Firma del Asegurado Titular

Fecha:

INFORMACIÓN IMPORTANTE: La firma de este documento no exime de que la entidad requiera nuevamente que se firme mediante alguno de los procedimientos automatizados que MAPFRE tenga implementados.

(Cumplimentación obligatoria)

EXTRACTO DE LAS CLÁUSULAS GENERALES, LIMITATIVAS Y DE EXCLUSIÓN DE LOS DERECHOS DE LOS ASEGURADOS DEL SEGURO DE ASISTENCIA SANITARIA

En este Extracto figuran las cláusulas limitativas y de exclusión de los derechos de los Asegurados, que han sido leídas y aceptadas expresamente por el Tomador del Seguro, lo que se acredita mediante su firma en el presente documento.

ARTÍCULO 2º OBJETO Y EXTENSIÓN DEL SEGURO

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

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

ARTÍCULO 3º DESCRIPCIÓN DE LAS GARANTÍAS DE ASISTENCIA SANITARIA – LIMITACIONES

LIMITACIONES EN LA GARANTÍA EXTRAHOSPITALARIA (Artículo 3.1):

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

Las urgencias domiciliarias requerirán la obtención de autorización previa de la Aseguradora.

ASISTENCIA ESPECIALIZADA AMBULATORIA: El traslado para acceder a especialistas o centros médicos siempre será a cargo del Asegurado. La especialidad de **Anestesiología y Reanimación** únicamente incluye consultas. En la especialidad de **Aparato Digestivo** la cápsula endoscópica estará cubierta exclusivamente para el estudio diagnóstico de la hemorragia digestiva de origen no identificado después de haber realizado colonoscopia y/o gastroscopia. **No incluye la cápsula de patencia.** La especialidad de **Diagnóstico por la imagen** no incluye la radiología intervencionista. Incluye colonografía mediante TAC/colonoscopia virtual, exclusivamente cuando exista alguna contraindicación médica para realizar la fibrocolonoscopia, ésta no se haya podido realizar correctamente (intolerancia o estenosis) y/o su resultado no sea concluyente. Incluye elastografía hepática/fibroscan exclusivamente para la evaluación del estado de fibrosis hepática en las hepatopatías crónicas, con exclusión de las relacionadas con el alcoholismo, y un límite máximo de 1 exploración por Asegurado y año. Incluye TAC coronario exclusivamente en las siguientes indicaciones: Pacientes sintomáticos con baja probabilidad de enfermedad coronaria pre-test en los que la prueba de isquemia no es concluyente y sólo si, bajo criterio médico, se puede adquirir un estudio de buena calidad; Valoración de pacientes con angina estable; Sospecha clínica de malformación del árbol coronario. **No será objeto de cobertura el score cálcico.** La especialidad de **Genética** únicamente incluye la consulta de consejo genético para asegurados con carga genética familiar de enfermedades hereditarias graves y/o con procesos oncológicos ya diagnosticados, así como los actos que figuren recogidos en el listado incluido en el Anexo I y sólo cuando en el marco de un cuadro clínico sean necesarios para la confirmación del diagnóstico genético que condicione la instauración de un tratamiento específico o su modificación. Se incluye el uso de las plataformas genómicas designadas por la Aseguradora para análisis del índice de recurrencia de tumores de mama, únicamente tras una intervención quirúrgica cubierta por las garantías de la póliza. La especialidad de **Medicina Nuclear** no incluye pruebas terapéuticas y en el caso del PET/TAC incluye únicamente los realizados con el radiofármaco 18F-FDG en indicaciones oncológicas de acuerdo con las especificaciones de la ficha técnica autorizada de dicho radiofármaco. En el caso del PET/RNM se incluyen únicamente los realizados con el radiofármaco 18F-FDG y sólo en patologías oncológicas y/o pacientes pediátricos. En la especialidad de **Odontostomatología** sólo se cubrirá una limpieza de boca anual. En la especialidad de **Otorrinolaringología** los tratamientos para rehabilitación vestibular tendrán un límite de 5 sesiones por Asegurado y año. En la especialidad de **Podología** cuatro sesiones de quiropodia al año. En la especialidad de **Rehabilitación**, los tratamientos de neurorrehabilitación y otros específicos para el Daño Cerebral Adquirido están limitados a una sola vez por asegurado durante la vigencia de la póliza y un máximo de 90 días, durante los doce primeros meses posteriores al diagnóstico de Daño Cerebral Adquirido. Este tratamiento estará cubierto exclusivamente en las siguientes indicaciones y, siempre y cuando, existan varios déficits neurológicos simultáneamente como consecuencia del Daño Cerebral Adquirido: Ictus, TCE (Traumatismo Craneoencefálico), Secuelas neuroquirúrgicas, Secuelas de infecciones del sistema nervioso central (meningitis). Los tratamientos para rehabilitación del suelo pélvico tendrán un límite de 8 sesiones por Asegurado y año. Este tratamiento estará cubierto exclusivamente tras embarazo/parto y, así como para el tratamiento de la incontinencia urinaria y/o anal. Los tratamientos para rehabilitación vestibular tendrán un límite de 5 sesiones por Asegurado y año. Los tratamientos de ondas de choque estarán cubiertos exclusivamente en las siguientes patologías siempre y cuando no haya habido respuesta a otros tratamientos, y con un límite máximo de 12 sesiones por Asegurado y año: Tendinopatías calcificantes, Tendinopatías degenerativas, Enfermedad de De Quervain, Fracturas de estrés, Pseudoartrosis, Osteonecrosis, Osteocondritis disecante. Los tratamientos de drenaje linfático estarán cubiertos **exclusivamente** mediante técnica manual y sólo en aquellos casos relacionados con una cirugía oncológica en la que haya habido una resección de cadenas ganglionares.

En la especialidad de **Ventiloterapia, Aerosolterapia, Oxigenoterapia.** En caso de que el Asegurado deba recibir tratamiento de CPAP o BIPAP, la Aseguradora se hará cargo del coste del tratamiento durante un período máximo de 6 meses, a contar desde el momento en que el Asegurado haya recibido la primera sesión.

COBERTURAS COMPLEMENTARIAS A LA ASISTENCIA ESPECIALIZADA AMBULATORIA:

Comprende los Programas de Medicina Preventiva que serán prestados en los Servicios Concertados por la Aseguradora, con las siguientes limitaciones:

Programa de Detección Precoz de la sordera en niños: está dirigido a Asegurados desde su nacimiento hasta los 7 años de edad siendo imprescindible que en el momento del nacimiento la madre o el padre tengan una antigüedad en póliza superior a 8 meses. Las sesiones de logopedia se limitan a un máximo de veinte sesiones por Asegurado y año. Exclusivamente en los casos de sordera bilateral y mayor de 40 dBHL en el oído más sano, la Aseguradora cubrirá, además de lo indicado anteriormente dos audífonos, uno para cada oído, una sola vez, para toda la vigencia de la póliza y con una cuantía máxima de 2.000€ cada uno.

Programa de Rehabilitación Cardíaca: las sesiones de rehabilitación mediante ejercicios físicos y monitorización cardiológica se limitan a 30 sesiones por Asegurado y año.

Diagnóstico precoz del melanoma: no incluye los estudios genéticos de los genes relacionados con el melanoma.

SERVICIOS ESPECIALES:

Esta garantía comprende los siguientes Servicios Especiales que serán prestados, previa autorización, y en los Servicios Concertados designados por la Aseguradora con las siguientes limitaciones:

Tratamientos de psicoterapia breve o terapia focal: El Asegurado deberá abonar las franquicias recogidas en el Anexo I de las Condiciones Generales. Se establece un límite máximo de 20 sesiones por Asegurado y año, salvo para trastornos de la alimentación o acoso escolar cuyo límite es de 40 sesiones por Asegurado y año.

Osteopatía: Máximo 8 sesiones por Asegurado y año. Existe una franquicia a cargo del Asegurado que se recoge en el Anexo I de las Condiciones Generales. **Estudio Biomecánico de la marcha:** Se cubre la realización de un estudio cada 5 años y en niños (hasta 14 años de edad) la realización de un estudio cada 2 años. **Tratamiento de esterilidad de la pareja:** será necesario que ambos miembros de la pareja sean Asegurados de la póliza, que ninguno de ellos haya sido sometido a cirugía anticonceptiva (vasectomía o ligadura de trompas), que se haya confirmado el diagnóstico de esterilidad de uno de los miembros, que no hayan cumplido la edad de 40 años y que no hayan tenido descendencia ni de forma natural ni mediante técnicas de reproducción asistida. La cobertura alcanza a dos intentos de inseminación artificial y un intento de fecundación in vitro durante la vigencia de la póliza.

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

LIMITACIONES EN LA GARANTÍA HOSPITALARIA (Artículo 3.2):

El servicio de hospitalización a domicilio requerirá, en todos los casos, la obtención de autorización previa de la Aseguradora. Comprenderá, **exclusivamente**, la atención médica por médico general y la intervención de personal de enfermería para la aplicación de inyectables, sueroterapia, sondajes y curas. Esta hospitalización estará cubierta **exclusivamente** para el tratamiento de patologías crónicas que requieran cuidados especiales sin llegar a precisar ingreso hospitalario ni equipamiento especializado, así como para pacientes ingresados por patologías no crónicas que, según criterio médico, puedan continuar su recuperación en el domicilio.

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

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

- PSA < 15 ng/ml.
- Sin evidencia de afectación extracapsular ni de las vesículas seminales (T1-T2) en ecografía transrectal.
- Sin invasión linfática ni metástasis (N0 y M0).
- » Carcinoma renal. Nefrectomía parcial en tumores malignos < 4 cm.
- Cirugía Ginecológica:
 - » Histerectomía total en cáncer de endometrio en estadio localizado.
- Cirugía General y del Aparato Digestivo:
 - » Gastrectomía en cáncer gástrico en estadio localizado.
- Cirugía Colo-Rectal:
 - » Cáncer colorrectal en estadio localizado.
- Cirugía Torácica:
 - » Lobectomía en cáncer de pulmón en estadio localizado.
- Monitorización electrofisiológica intraoperatoria en intervenciones intracraneales, en cirugía de parótida y tiroides y en cirugías de columna con compromiso medular.
- Neuronavegador para cirugía intracraneal de tumores y malformaciones arteriovenosas así como para la escoliosis de más de 45 grados y cirugía compleja de columna.
- Cirugía profiláctica de la mama contralateral y/ los ovarios y anejos en casos de cáncer de mama y/u ovario de origen genético con mutación de los genes BRCA1/BRCA2. **Únicamente** se cubrirá cuando se disponga de un informe de estudios genéticos que confirmen la existencia de esta mutación y haya una prescripción médica de cirugía por parte de un especialista que figure en los Servicios Recomendados de la Aseguradora.
- Mamoplastia de reducción/cirugía de reducción mamaria, **exclusivamente** para mayores de 18 años que cumplan todos los siguientes criterios clínicos: clínica de dorsalgia y/o cervicalgia secundaria a la macromastia, distancia yúgulum-pezón superior a 32 cm, índice de masa corporal menor a 30 y necesidad de extirpar al menos 1000 gr por mama. Será necesario que haya una prescripción médica de cirugía por parte de un especialista que figure en los Servicios Concertados de la Aseguradora.
- Disección Submucosa Endoscópica (DSE) **exclusivamente** en las siguientes indicaciones:
 - Esófago:
 - » Cáncer superficial de esófago en estadio inicial (T1s y T1a) con tamaño superior a 2 cm.
 - Estómago:
 - » Cáncer gástrico precoz bien diferenciado.
 - » Lesiones elevadas < 20 mm.
 - » Lesiones excavadas (no ulceradas) <10 mm.
 - » Tumores intramucosos de cualquier tamaño sin ulceración ni invasión linfática.
 - » Tumores intramucosos <30 mm sin invasión linfática, con o sin ulceración.
 - » Tumores de tipo intestinal con invasión submucosa, tamaño < 30 mm y sin invasión vascular.
 - » Tumores de tipo pobremente diferenciados < 20 mm y sin ulceración.
 - Colon y recto:
 - » Lesiones > 20 mm de diámetro en las que la resección en bloque mediante mucosectomía con asa es difícil, aunque la lesión tiene indicación de resección endoscópica:
 - LST no granular (LST-NG), particularmente las de tipo pseudodeprimido.
 - Lesiones con patrón de criptas (pit pattern) tipo VI.
 - Carcinoma con infiltración submucosa.
 - Lesión de gran tamaño y tipo pseudodeprimido.
 - Lesión de gran tamaño de tipo elevado con sospecha de carcinoma.
 - » Lesiones mucosas con fibrosis causadas por prolapso debido a biopsias previas o peristalsis.
 - » Tumores esporádicos localizados en el contexto de inflamación crónica (p. ej. colitis ulcerosa).
 - » Carcinoma precoz residual localizado tras resección endoscópica.
- Mucosectomía/Resección Endoscópica Mucosa (REM) **exclusivamente** para la resección de:
 - » Tumores malignos del aparato digestivo en estadios iniciales, de pequeño tamaño (<2 cm), limitados a la mucosa y sin úlceras.
 - » Lesiones que por otros motivos (acceso difícil, localización en zonas anguladas) no sea posible extirpar mediante otras técnicas.
- La asistencia médico-quirúrgica **exclusivamente** para trasplante autólogo de médula ósea y trasplante de córnea. **En ningún caso, estarán cubiertos los gastos derivados de la gestión, el transporte, la obtención y conservación de órganos.** El trasplante se realizará por el equipo médico y en el centro hospitalario que designe la Aseguradora.
- Prótesis, implantes y kits **exclusivamente** recogidos en la relación del Anexo I de estas Condiciones Generales, siempre que hayan sido autorizadas para su uso en una intervención quirúrgica también autorizada por la Aseguradora **con reintegro hasta la cuantía máxima que se especifique en el mismo.**
- Para el tratamiento de la sordera en niños, se establece que para los casos de sordera bilateral y mayor de 40dBHL en el oído más sano, la Aseguradora **sólo cubrirá un implante coclear con un límite de 22.000 euros por Asegurado y para toda la vigencia de la póliza.**

HOSPITALIZACIÓN NO QUIRÚRGICA: En caso de **Daño Cerebral Adquirido** (traumático, vascular, etc.) y **Daño Medular:** se cubren los tratamientos médico-quirúrgicos, tratamientos de rehabilitación funcional motor y rehabilitador en unidades específicas de lesionados medulares, así como los tratamientos de neurorrehabilitación y otros específicos **con un límite de 60 días de hospitalización durante los primeros 12 meses posteriores al diagnóstico de Daño Cerebral Adquirido o Daño Medular. Esta cobertura alcanza una sola vez durante la vigencia de la póliza y exclusivamente para las siguientes indicaciones y, siempre y cuando, existan varios déficits neurológicos simultáneamente como consecuencia del Daño Cerebral/Medular Adquirido. Daño Cerebral Adquirido, exclusivamente** en las siguientes indicaciones: Ictus, TCE (Traumatismo Craneoencefálico), Secuelas neuroquirúrgicas, Secuelas de infecciosas del sistema nervioso central (meningitis). **Daño Medular Adquirido exclusivamente** en las siguientes indicaciones: Secuela neuroquirúrgica (médula espinal), Traumatismo.

La asistencia hospitalaria psiquiátrica para el tratamiento de enfermos mentales afectados de procesos agudos o crónicos reagudizados. **Presenta un límite máximo de 60 días por Asegurado y año.**

La radioterapia **únicamente** en procesos oncológicos.

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

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

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

RNM multiparamétrica (RMNmp):

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

Biopsia de fusión:

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

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

HOSPITALIZACIÓN OBSTÉTRICA: la asistencia al neonato no incorporado a la póliza tiene un límite máximo de 3 días para parto normal y de 5 días para parto por cesárea.

GARANTÍA DE ACCESO A LA RED HOSPITALARIA EN ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA (Artículo 3.4): Exclusivamente se reintegrará al Asegurado el 60 por ciento de los gastos médicos y hospitalarios que se originen con ocasión de un tratamiento hospitalario en EE.UU. si, como consecuencia de la Garantía de Segundo Diagnóstico Internacional (Artículo 3.3) se desprendiera la necesidad de que el Asegurado se someta al mismo.

ARTÍCULO 4º GARANTÍA BUCODENTAL: El Asegurado deberá acudir a los Servicios Odontológicos Concertados por la Aseguradora y participará en el coste de los servicios mediante el abono de los precios convenidos que figuran en las Condiciones Especiales de esta garantía.

ARTÍCULO 5º GARANTÍA DE ADOPCIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL: Comprende el reembolso de los gastos ocasionados por la tramitación de un proceso de adopción nacional e internacional hasta un máximo de 12.000 euros por adopción, a todos aquellos Asegurados que cumplan las particularidades y condiciones exigidas por la Ley en materia de adopciones y que hayan solicitado el inicio de los trámites 48 meses después de la fecha de alta en la póliza. **No serán objeto de reembolso los gastos de adopción derivados de un proceso de gestación por sustitución. Esta cobertura alcanza una sola vez durante la vigencia de la póliza.**

ARTÍCULO 6º PERIODOS DE CARENIA:

- **Carencia de 6 meses:** TAC coronario; resonancia magnética; PET, polisomnografía, CPAP, BIPAP, medicina nuclear e isótopos radioactivos, rehabilitación y rehabilitación cardíaca; consulta/tratamiento de osteopatía, consulta/tratamiento de psicoterapia breve o terapia focal y genética.
- **Carencia de 8 meses:** Intervenciones quirúrgicas en régimen ambulatorio o de internamiento, hospitalización de cualquier tipo salvo urgencia extrema o vital preparación al parto, asistencia al parto o cesárea y acceso a la red hospitalaria de EE.UU.
- **Carencia de 48 meses:** adopción nacional e internacional (el inicio de los trámites de adopción debe haberse solicitado 48 meses después de la fecha de alta del Asegurado en póliza).
Estudio de la esterilidad y tratamiento mediante técnicas de reproducción asistida (el periodo de carencia se computa desde la fecha de alta en póliza del miembro de la pareja más reciente).

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

ARTÍCULO 7º PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN EL COSTE DE LOS SERVICIOS: El Asegurado abonará por cada servicio recibido el importe que, en concepto de participación en el coste, figure en las Condiciones Particulares de la Póliza y/o en el Certificado Individual de Seguro. Estos importes se revisarán anualmente y podrán variar en función de las modificaciones de los costes asistenciales.

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

La póliza no cubre:

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

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

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

2. La asistencia sanitaria y/o los gastos derivados de enfermedades, defectos y malformaciones preexistentes a la fecha de contratación del seguro que, siendo conocidas por el Asegurado, no hayan sido declaradas en el correspondiente cuestionario de salud.

3. Accidentes producidos con anterioridad a la entrada en vigor de la póliza.

4. Todos aquellos procedimientos médicos, quirúrgicos y medios de diagnóstico que sean considerados técnicas novedosas o de nueva implantación conforme a lo establecido en estas Condiciones Generales.

5. Las intervenciones y/o tratamientos por razones estéticas en general, salvo si la operación de cirugía plástica o reparadora o el tratamiento son necesarios como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza.

6. La mastoplastia o cirugía mamaria de aumento y la mastopexia. La cirugía reconstructora de la mama salvo después de mastectomía oncológica y/o después de cirugía profiláctica en los casos de cáncer de mama expresamente incluidos en el Artículo 3º, punto 3.2.1 "Hospitalización Quirúrgica" de las presentes Condiciones Generales. La mastoplastia de reducción o cirugía de reducción mamaria salvo en los casos expresamente incluidos en el Artículo 3º, punto 3.2.1 "Hospitalización Quirúrgica" de las presentes Condiciones Generales.

7. Los tratamientos e intervenciones esclerosantes venosos, los tratamientos cosméticos y de la alopecia androgénica.

8. Las piezas anatómicas ortopédicas, material ortopédico, los injertos osteoconductores, osteoinductores, terapias celulares, así como los factores de crecimiento/plasma rico en plaquetas, las prótesis, implantes y kits, salvo los incluidos en el Anexo I de estas Condiciones Generales y hasta la cuantía máxima fijada en la póliza.

9. Las órtesis, miembros u órganos artificiales y, en general, cualquier material ortopédico como sillas de ruedas, camas ortopédicas, colchones antiescaras, empapadores, corsés ortopédicos, collarines cervicales, bastones de apoyo, aparatos de rehabilitación pasiva, monitorizaciones, así como los gastos de mantenimiento y reparación de los mismos y en general cualquier producto o asistencia utilizados con fines sociales. Los productos farmacéuticos, vacunas (excepto las incluidas en el Programa del Niño Sano), autovacunas y jeringuillas, así como el D.I.U. (salvo en los Programas de Medicina Preventiva).

10. El mantenimiento de los audífonos incluidos en el Programa de Tratamiento de la Sordera en Niños.

11. Los tratamientos con cámara hiperbárica, los monitores de apnea, tratamientos farmacológicos y concentradores de oxígeno portátiles.

12. Los tratamientos médicos, quirúrgicos y/o farmacológicos experimentales, los medicamentos de uso compasivo y las medicinas alternativas, tales como organometría, acupuntura, homeopatía y similares.

13. El tratamiento de patologías adictivas.

14. Medicación complementaria a tratamientos quimioterápicos.

15. La cirugía reconstructiva de técnicas anticonceptivas previas.

16. Cirugía refractiva (miopía, astigmatismo, hipermetropía), cirugía de la presbicia, así como los costes de gafas, lentillas y aparatos auditivos. Terapia fotodinámica en Oftalmología.

17. Cirugías preventivas, chequeos, exámenes médicos generales de carácter preventivo, excepto los incluidos en los programas de Medicina Preventiva expresamente pactados en la póliza, siempre que se utilicen los Servicios concertados por la Entidad.

18. Periodoncia, endodoncia, empastes, ortodoncia, prótesis dentales, implantes y demás tratamientos dentales, salvo que se contrate la Garantía Bucodental y se utilicen los Servicios Concertados por la Aseguradora.

19. Los traslados requeridos para asistencia a consultas médicas, realización de pruebas diagnósticas, así como para tratamientos de fisioterapia y rehabilitación, salvo que concurren las circunstancias establecidas para enfermos hospitalizados, según lo recogido en la descripción del "Servicio de Ambulancia", así como los gastos de desplazamiento originados para asistir a centros médicos y hospitales fuera de la localidad de residencia del Asegurado.

20. La asistencia sanitaria y/o los gastos médicos derivados de las consecuencias de tentativa de suicidio o autolesión, estando o no el Asegurado en uso de sus facultades mentales.

21. En relación con los trasplantes de órganos, la póliza únicamente cubre la asistencia médico-quirúrgica para los trasplantes recogidos expresamente en estas Condiciones Generales, y en ningún caso la gestión, el transporte, y los gastos derivados de la obtención y conservación de órganos.

22. La asistencia sanitaria y/o los gastos médicos derivados de las consecuencias de la participación del Asegurado en carreras o apuestas y las producidas por la práctica como profesional de cualquier deporte, así como por la práctica como aficionado en actividades aéreas, submarinismo con uso de pulmón artificial, boxeo, escalada, carreras de vehículos de motor, incluidos los entrenamientos, espeleología, toreo, encierro de reses y cualquier otra actividad de riesgo.

23. La asistencia sanitaria y/o los gastos médicos derivados de la participación directa del Asegurado en actos delictivos, alborotos, reyertas o riñas, salvo que hubiera actuado en legítima defensa.

24. La asistencia sanitaria y los gastos médicos derivados de las enfermedades y accidentes que sean consecuencia de guerra civil o internacional (haya o no declaración de guerra), actos de terrorismo, insurrecciones, tumultos populares, movimientos sísmicos, inundaciones, huracanes, erupciones volcánicas, en las consecuencias directas o indirectas de la radiación nuclear o contaminación radiactiva, o cualquier otro fenómeno de carácter catastrófico o extraordinario,

o acontecimientos que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como "catástrofe o calamidad nacional", así como en las epidemias declaradas oficialmente.

25. Los servicios hosteleros y sociales tales como teléfono, televisión, comidas alternativas o del acompañante, servicio privado de enfermería, habitaciones tipo suites y similares, así como la cama del acompañante en los ingresos del paciente en unidades especiales.

26. Los tratamientos y/o internamientos en cualquier tipo de centro para curas de reposo o de adelgazamiento. Los tratamientos o permanencias en balnearios, cualquiera que sea la finalidad. Las estancias en residencias asistidas, geriátricos, o asilos, así como cualquier hospitalización en la que concurren circunstancias de tipo social incluyendo las referidas a cuidados paliativos.

27. La hospitalización, el hospital de día y el tratamiento extrahospitalario en procesos psiquiátricos crónicos. La hospitalización, el hospital de día y el tratamiento extrahospitalario para la realización de test psicológicos, psicoanálisis, hipnosis, sofrología, tratamiento para la narcolepsia y rehabilitación psicossocial o neuropsicológica en procesos psiquiátricos agudos.

28. La póliza no cubre la asistencia sanitaria y/o los gastos correspondientes a la atención a recién nacidos, salvo que se incluyan en la póliza, según lo dispuesto en las presentes Condiciones Generales.

29. El reembolso de los gastos ocasionados por la tramitación de un proceso de adopción nacional e internacional iniciado con anterioridad a la fecha de alta del asegurado en la póliza.

30. La interrupción voluntaria del embarazo, así como toda asistencia sanitaria relacionada con dicha interrupción.

31. Cualquier estudio genético, excepto cuando, en el marco del cuadro clínico, la confirmación del diagnóstico genético condicione la instauración de un tratamiento específico o su modificación y siempre que en este caso el estudio necesario figure en el listado incluido en el Anexo I. Quedan expresamente excluidos los estudios genéticos de familiares y los de carácter preventivo.

32. Partos en medios acuáticos, a domicilio y por medios alternativos, así como las técnicas de recuperación postparto.

33. Cirugía de cambio de sexo.

34. La educación para el lenguaje, la educación, terapia y rehabilitación especial en enfermos con afectación psicomotora en procesos congénitos o adquiridos, la terapia de mantenimiento u ocupacional, así como los tratamientos de rehabilitación en asistencia extrahospitalaria para el Daño Medular.

35. Toda técnica quirúrgica o procedimiento terapéutico que use el láser, salvo los expresamente incluidos en el epígrafe 3.2.1 "Hospitalización Quirúrgica" de las presentes Condiciones Generales. La cirugía del Parkinson y la cirugía de la Epilepsia.

36. La digitalización del estudio biomecánico de la marcha y la fabricación de las plantillas personalizadas.

37. En reproducción asistida, la medicación, la congelación/descongelación de embriones, esperma y óvulos, el diagnóstico preimplantacional, así como los gastos de donación de ovocitos y esperma.

38. El tratamiento quirúrgico de la impotencia coeundi.

39. Los relacionados con procesos de gestación por sustitución cualquiera que sea el país en el que se haya seguido.

40. Tratamientos farmacológicos en Oncología, Reumatología o cualquier otra especialidad que no precisen aplicación en un centro hospitalario, aunque se dispensen los medicamentos en el propio hospital.

41. La utilización de cualquier aparato, dispositivo y/o los recientes aparatos, para pruebas diagnósticas y/o procedimientos terapéuticos que, teniendo la marca CE, se utilice en especialidades médico/quirúrgicas y cuyo coste supere 1.000 euros.

42. Tratamientos de radioterapia mediante protones.

43. Medicamentos novedosos, así como medicamentos de terapias avanzadas tanto génica como celular. Medicamentos biológicos, excepto: vacunas, moduladores inmunológicos, anticuerpos monoclonales, productos derivados de la sangre y el plasma humano.

44. En la garantía de Reembolso de Gastos de Farmacia quedan excluidas todas aquellas vacunas necesarias por motivos de viajes al extranjero, otras vacunas de carácter preventivo no enunciadas anteriormente, ni las que se encuentren en fase de desarrollo experimental. Igualmente, no serán reembolsables los gastos generados por productos que no contengan principio activo medicamentoso como pueden ser, a título meramente enunciativo y no limitativo, los productos de dermocosmética, parafarmacia, complementos alimenticios, así como los geles, cremas, sueros fisiológicos, cosméticos, etc.

45. Los gastos médicos derivados del tratamiento del lipedema.

46. La cirugía de la obesidad y/o bariátrica.

47. La fisioterapia y/o rehabilitación respiratoria y de la articulación temporo-mandibular (ATM), así como cualquier otro tipo/técnica de fisioterapia/rehabilitación que no esté expresamente cubierto en estas Condiciones Generales.

48. El trasplante heterólogo de médula ósea, así como cualquier otro que no esté expresamente incluido en el Artículo 3º, punto 3.2.1 "Hospitalización Quirúrgica" de las presentes Condiciones Generales.

49. El tratamiento de crioterapia, así como cualquier otra terapia focal para el cáncer de próstata.

50. Los paneles de biología molecular para diagnóstico por PCR de enfermedades infecciosas.

51. La asistencia sanitaria y los gastos médicos cubiertos por el Seguro del Automóvil de Suscripción Obligatoria derivados de la utilización de vehículos a motor.

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

GARANTÍA DE FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE (Artículo 11.1): No se cubren los accidentes sufridos en regiones inexploradas o desérticas o en viajes que tengan carácter de exploración.

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

- a) Los accidentes ocurridos con anterioridad a la incorporación del Asegurado en la póliza, los causados por la participación en actos delictivos, duelos, riñas, actos de imprudencia temeraria o negligencia grave, así como los que se produzcan cuando esté bajo los efectos del alcohol o las drogas.
- b) Los actos provocados intencionadamente por el Asegurado o los Beneficiarios como el suicidio o tentativa de suicidio consciente o inconsciente y las autolesiones.
- c) Los accidentes ocasionados por la conducción de vehículos a motor si el Asegurado no está en posesión de la autorización administrativa correspondiente, así como los que sufra como pasajero en medios de transporte que no cumplan los requisitos legales vigentes.
- d) Los ocurridos con ocasión de guerras declaradas o no, revoluciones, invasiones, asonadas, sediciones, rebeliones, así como medidas de carácter militar.
- e) El fallecimiento doloso del Asegurado causado por un Beneficiario.
- f) La participación del Asegurado en carreras o apuestas, la práctica como profesional de cualquier deporte, así como la práctica como aficionado en actividades aéreas, submarinismo con uso de pulmón artificial, boxeo, escalada, carreras de vehículos de motor, incluidos los entrenamientos, espeleología, toreo, encierro de reses y cualquier otra actividad de riesgo.

GARANTÍA DE ASISTENCIA EN VIAJE (Artículo 11.2): Se extiende a todos los países del Mundo salvo al territorio español, con excepción de la cobertura de "Traslado o repatriación sanitaria, en caso de enfermedad o accidente del Asegurado desplazado", que se prestará también en España a partir del kilómetro veinte desde el domicilio habitual del Asegurado. Se cubrirá la asistencia en los desplazamientos del Asegurado fuera del territorio español durante los primeros 90 días consecutivos de un viaje. La compañía podrá requerir que se acredite documentalmente la duración del viaje a efectos de verificar la cobertura.

En caso de enfermedad o accidente del Asegurado, sobrevenidos mientras se encuentra desplazado fuera de España que requieran asistencia médica urgente, la Aseguradora se hará cargo de los gastos de hospitalización, de las intervenciones quirúrgicas, de los honorarios médicos, de los gastos de enfermería y de los productos farmacéuticos prescritos por el facultativo que le atienda hasta conseguir la estabilización que permita continuar el viaje o el traslado a su domicilio habitual u hospital próximo a éste, hasta un límite de 15.000 € por siniestro.

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

ASISTENCIAS Y/O GASTOS NO CUBIERTOS POR LA GARANTÍA: Además de las asistencias y/o gastos no cubiertos que se recogen en el artículo 10 de estas Condiciones Generales no serán objeto de cobertura los siguientes hechos y sus consecuencias:

1. Los causados directa o indirectamente por la mala fe del Asegurado, por su participación en actos delictivos, o por sus acciones dolosas, gravemente negligentes o de imprudencia grave.

2. Acontecimientos extraordinarios, entendiéndose como tales:

- a) Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos, inundaciones extraordinarias, erupciones volcánicas, tempestad ciclónica atípica y caída de cuerpos siderales y aerolitos.
- b) Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín o tumulto popular.
- c) Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz.

3. Las consecuencias de las acciones del Asegurado en estado de enajenación mental o bajo tratamiento psiquiátrico.
4. Los hechos acaecidos en aquellos países que figuren como no recomendados en la información suministrada por el Ministerio de Asuntos Exteriores de España, o que se hallen sujetos a embargo del Consejo de Seguridad de la ONU o de otros organismos internacionales a los que España esté adherida, y los hechos acaecidos en cualesquiera conflictos o intervenciones internacionales con uso de la fuerza o coacción.
5. Los que se produzcan con ocasión de la participación del Asegurado en apuestas, desafíos o riñas, salvo en caso de legítima defensa o necesidad.
6. Los riesgos y sus consecuencias derivados de:
 - a) La práctica del esquí y/o deportes afines.
 - b) La práctica de las siguientes actividades de aventura y deportivas: airsoft, ala delta, alpinismo, artes marciales, atletismo, automovilismo, barranquismo, boxeo, buceo, buggy, carreras obstáculos / spartan / carreras populares bici / ironman, carreras populares / maratón / media maratón / trail, caza y safari, ciclismo en ruta, enduro, escalada / rocódromo, espeleología, espeleología submarina, fútbol americano, globo aerostático, halterofilia, hidrospeed, hípica, hockey, lucha, lucha canaria, MMA, montañismo, moto de nieve, motociclismo, motocross, muay-thai, paint-ball, paracaidismo, parapente, parkour, pistas americanas, puenting, quads, rafting, rugby, tiro con arco, tiro olímpico, todo terreno 4x4, triatlón, ultraligero, vías ferratas ni navegación en aguas internacionales en embarcaciones no destinadas al transporte público de pasajeros.
 - c) Los que se produzcan con ocasión de la participación del Asegurado en competiciones y pruebas preparatorias o entrenamientos.
 - d) La utilización, como pasajero o tripulante, de medios de navegación aérea no autorizados para el transporte público de viajeros, así como de helicópteros.
7. Los servicios que el Asegurado haya concertado por su cuenta, sin la previa comunicación o sin el consentimiento de la Aseguradora, salvo en caso de urgente necesidad. En ese caso, el Asegurado deberá justificar la urgencia y presentar los justificantes y facturas originales de dichos servicios.
8. Los gastos producidos una vez que el Asegurado se encuentre en España, los incurridos fuera del ámbito de aplicación de las garantías del seguro, y en todo caso, los ocasionados una vez transcurridos 90 días desde el inicio del viaje o desplazamiento.
9. Las prestaciones requeridas para la atención de enfermedades preexistentes que no tengan carácter de urgencia vital. Esta exclusión no se aplicará para la cobertura de "Traslado o repatriación del Asegurado fallecido".
10. Las enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión voluntaria de alcohol, drogas, sustancias tóxicas, narcóticos o medicamentos adquiridos sin prescripción médica.
11. Los derivados de la renuncia o retraso del traslado acordado por el servicio médico de la Aseguradora, por causa imputable al Asegurado o a sus acompañantes.
12. Los tratamientos de rehabilitación.
13. Las revisiones médicas periódicas o preventivas.
14. Las relativas a prótesis, material ortopédico u órtesis y material de osteosíntesis.
15. Los ocurridos durante un viaje cuando se hubiere iniciado por los siguientes motivos: a) con la intención de recibir tratamiento médico, b) porque haya sido diagnosticada al Asegurado una enfermedad terminal.
16. Los accidentes laborales ocurridos durante la realización de las siguientes actividades: Trabajo en obras, andamios o alturas, pozos o muelle de carga; Utilización de maquinaria del tipo prensa, corte, torno, sierra en obras o labores agrícolas; Utilización de instrumentos de corte del tipo cuchillos, machetes o cizallas; Manejo o manipulación de mercancías u objetos pesados o peligrosos; Manipulación de productos tóxicos, corrosivos, explosivos o inflamables; Trabajo en fuerzas armadas o seguridad.

GARANTÍA DE REEMBOLSO DE GASTOS DE FARMACIA (Artículo 11.3): Se reembolsarán los gastos de medicamentos, prescritos bajo receta médica, siempre que el proceso a tratar este cubierto por el seguro. **Se abonará la factura o ticket siempre que el importe de los medicamentos incluidos en la factura o ticket sea superior a 10€ y se acompañe de la correspondiente prescripción médica.**

EXTRACTO DE LAS CLÁUSULAS GENERALES, LIMITATIVAS Y DE EXCLUSIÓN, DE LOS DERECHOS DE LOS ASEGURADOS DEL SEGURO DE REEMBOLSO

En este Extracto figuran las cláusulas limitativas y de exclusión de los derechos de los Asegurados, que han sido leídas y aceptadas expresamente por el Tomador del Seguro, lo que se acredita mediante su firma en el presente documento.

OBJETO Y EXTENSIÓN DEL SEGURO (Artículo 2º)

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

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

GARANTÍAS EXTRAHOSPITALARIA Y HOSPITALARIA – LIMITACIONES (Artículo 3º)

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

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

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

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

LIMITACIONES EN LA GARANTÍA EXTRAHOSPITALARIA (Artículo 3º.2):

ASISTENCIA PRIMARIA: Cuando es prestada a través de Servicios Recomendados: Para la asistencia domiciliaria, la elección de un médico general o ATS fuera de la localidad en la que el Asegurado tenga su domicilio, se precisará la aceptación previa del Servicio Concertado. Las urgencias domiciliarias requerirán la obtención de autorización previa de la Aseguradora.

ASISTENCIA ESPECIALIZADA AMBULATORIA: La especialidad de **Anestesiología y Reanimación** únicamente incluye consultas. En la especialidad de **Aparato Digestivo** la cápsula endoscópica estará cubierta exclusivamente para el estudio diagnóstico de la hemorragia digestiva de origen no identificado después de haber realizado colonoscopia y/o gastroscopia. **No incluye la cápsula de patencia.** La especialidad de **Diagnóstico por la imagen** no incluye la radiología intervencionista. Incluye colonografía mediante TAC/colonoscopia virtual, exclusivamente cuando exista alguna contraindicación médica para realizar la fibrocolonoscopia, ésta no se haya podido realizar correctamente (intolerancia o estenosis) y/o su resultado no sea concluyente. Incluye elastografía hepática/fibroscan exclusivamente para la evaluación del estado de fibrosis hepática en las hepatopatías crónicas, con exclusión de las relacionadas con el alcoholismo, y un límite máximo de 1 exploración por Asegurado y año. Incluye TAC coronario exclusivamente en las siguientes indicaciones: Pacientes sintomáticos con baja probabilidad de enfermedad coronaria pre-test en los que la prueba de isquemia no es concluyente y sólo si, bajo criterio médico, se puede adquirir un estudio de buena calidad; Valoración de pacientes con angina estable; Sospecha clínica de malformación del árbol coronario. **No será objeto de cobertura el score cálcico.** La especialidad de **Genética** únicamente incluye la consulta de consejo genético para asegurados con carga genética familiar de enfermedades hereditarias graves y/o con procesos oncológicos ya diagnosticados, así como los actos que figuren recogidos en el listado incluido en el Anexo I y sólo cuando en el marco de un cuadro clínico sean necesarios para la confirmación del diagnóstico genético que condicione la instauración de un tratamiento específico o su modificación. Se incluye el uso de las plataformas genómicas designadas por la Aseguradora para análisis del índice de recurrencia de tumores de mama, únicamente tras una intervención quirúrgica cubierta por las garantías de la póliza. La especialidad de **Medicina Nuclear** no incluye pruebas terapéuticas y en el caso del PET/TAC incluye únicamente los realizados con el radiofármaco 18F-FDG en indicaciones oncológicas de acuerdo con las especificaciones de la ficha técnica autorizada de dicho radiofármaco. En el caso del PET/RNM se incluyen únicamente los realizados con el radiofármaco 18F-FDG y sólo en patologías oncológicas y/o pacientes pediátricos. En la especialidad de **Oncología Médica** se incluyen únicamente consultas. En la especialidad de **Oncología** Radioterápica se incluyen únicamente consultas. En la especialidad de **Otorrinolaringología** los tratamientos para rehabilitación vestibular tendrán un límite de 5 sesiones por Asegurado y año. En la especialidad de **Rehabilitación:** Las sesiones de rehabilitación se limitan a 30 sesiones por Asegurado y año, salvo en las siguientes indicaciones: los tratamientos para rehabilitación del suelo pélvico tendrán un límite de 8 sesiones por Asegurado y año. Este tratamiento estará cubierto exclusivamente tras embarazo/parto, así como para el tratamiento de la incontinencia urinaria y/o anal. Los tratamientos para rehabilitación vestibular tendrán un límite de 5 sesiones por Asegurado y

año. Los tratamientos de ondas de choque estarán cubiertos **exclusivamente** en las siguientes patologías siempre y cuando no haya habido respuesta a otros tratamientos, y con un **límite máximo de 12 sesiones por Asegurado y año**: Tendinopatías calcificantes; Tendinopatías degenerativas; Enfermedad de De Quervain; Fracturas de estrés; Pseudoartrosis; Osteonecrosis; Osteocondritis disecante. Los tratamientos de drenaje linfático estarán cubiertos **exclusivamente mediante técnica manual y sólo en aquellos casos relacionados con una cirugía oncológica en la que haya habido una resección de cadenas ganglionares.**

OTRAS PRESTACIONES DE EXCLUSIVA REALIZACIÓN EN SERVICIOS RECOMENDADOS: En la especialidad de **Odontología**: Únicamente propuesta de tratamiento, una limpieza de boca anual, radiografías simples, ortopantomografías y extracciones dentarias. En la especialidad de **Podología**: Se incluye cuatro sesiones de quiropodía al año. En la especialidad de **Psiquiatría**: Se incluye únicamente la consulta en procesos psiquiátricos agudos o reagudizados. En la especialidad de **Rehabilitación**: los tratamientos de neurorrehabilitación y otros específicos para el Daño Cerebral Adquirido están limitados a una sola vez por asegurado durante la vigencia de la póliza y un máximo de 90 días, durante los doce primeros meses posteriores al diagnóstico de Daño Cerebral Adquirido. Este tratamiento estará cubierto **exclusivamente** en las siguientes indicaciones y, siempre y cuando, existan varios déficits neurológicos simultáneamente como consecuencia del Daño Cerebral Adquirido: Ictus, TCE (Traumatismo Craneoencefálico), Secuelas neuroquirúrgicas, Secuelas de infecciosas del sistema nervioso central (meningitis). **Ventiloterapia, Aerosolterapia y Oxigenoterapia. No serán objeto de cobertura los monitores de apnea. En caso de que el Asegurado deba recibir tratamiento de CPAP o BIPAP, la Aseguradora se hará cargo del coste del tratamiento durante un período máximo de 6 meses, a contar desde el momento en que el Asegurado haya recibido la primera sesión.**

PROGRAMAS DE MEDICINA PREVENTIVA DE EXCLUSIVA REALIZACIÓN EN SERVICIOS RECOMENDADOS COMPLEMENTARIAS AL REEMBOLSO DE GASTOS ASISTENCIA ESPECIALIZADA AMBULATORIA: Comprende los Programas de Medicina Preventiva que serán prestados en los Servicios Recomendados por la Aseguradora, con las siguientes limitaciones:

Programa de Detección Precoz de la sordera en niños: Está dirigido a Asegurados desde su nacimiento hasta los 7 años de edad siendo imprescindible que en el momento del nacimiento la madre o el padre tengan una antigüedad en póliza superior a 8 meses. Las sesiones de logopedia se limitan a un **máximo de veinte sesiones por Asegurado y año**. Exclusivamente en los casos de sordera bilateral y mayor de 40 dBHL en el oído más sano, la Aseguradora cubrirá, además de lo indicado anteriormente dos audífonos, uno para cada oído, una sola vez, para toda la vigencia de la póliza y con una cuantía máxima de 2.000€ cada uno. Programa de Rehabilitación Cardíaca: Las sesiones de rehabilitación **se limitan a 30 sesiones por Asegurado y año**.

SERVICIOS ESPECIALES DE EXCLUSIVA REALIZACIÓN EN SERVICIOS RECOMENDADOS: Esta garantía comprende los siguientes Servicios Especiales que serán prestados, previa autorización, y en los Servicios Recomendados designados por la Aseguradora con las siguientes limitaciones:

Tratamientos de psicoterapia breve o terapia focal: Se establece un límite máximo de 20 sesiones por Asegurado y año, salvo para trastornos de la alimentación o acoso escolar cuyo límite es de 40 sesiones por Asegurado y año. **Osteopatía:** Máximo 8 sesiones por Asegurado y año. **Estudio Biomecánico de la marcha:** Se cubre la realización de un estudio cada 5 años y en niños (hasta 14 años de edad) la realización de un estudio cada 2 años. **Tratamiento de esterilidad de la pareja:** Será necesario que ambos miembros de la pareja sean Asegurados de la póliza, que ninguno de ellos haya sido sometido a cirugía anticonceptiva (vasectomía o ligadura de trompas), que se haya confirmado el diagnóstico de esterilidad de uno de los miembros, que no hayan cumplido la edad de 40 años y que no hayan tenido descendencia ni de forma natural ni mediante técnicas de reproducción asistida. La cobertura alcanza a dos intentos de inseminación artificial y un intento de fecundación in vitro durante la vigencia de la póliza.

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

LIMITACIONES EN LA GARANTÍA HOSPITALARIA (Artículo 3º.3):

Se entiende por asistencia hospitalaria el registro de entrada del paciente y su permanencia en el hospital durante un mínimo de 24 horas, los ingresos de Cirugía Mayor Ambulatoria y los ingresos en hospital de día.

La protonterapia para el tratamiento de determinados procesos oncológicos mediante protones **hasta un máximo de 10.000 euros por Asegurado y año.**

La radioterapia **únicamente** en procesos oncológicos.

Hospitalización a domicilio **exclusivamente en Servicios Recomendados.**

El servicio de Ambulancia comprende los traslados **siempre que un facultativo lo ordene por escrito y concurren circunstancias especiales de imposibilidad física que impidan al enfermo la utilización de los servicios de transporte ordinarios (servicios públicos, taxi o vehículo propio). El servicio se refiere exclusivamente a ambulancias terrestres y no se establece limitación de kilómetros en el mismo.**

PRESTACIONES DE EXCLUSIVA REALIZACIÓN EN SERVICIOS RECOMENDADOS: Adicionalmente se cubrirán los siguientes servicios que se prestarán **exclusivamente en Servicios Recomendados y en los términos que aquí se especifican:**

– **Hospitalización a domicilio:** Requerirá, en todos los casos, la obtención de autorización previa de la Aseguradora, cuya concesión estará supeditada a la existencia en la localidad del domicilio del Asegurado de Servicios Recomendados que lo puedan prestar. Comprenderá, **exclusivamente**, la atención médica por médico general y la intervención de personal de enfermería para la aplicación de inyectables, sueroterapia, sondajes y curas. Esta hospitalización estará cubierta **exclusivamente** para el tratamiento de patologías crónicas que requieran cuidados especiales sin llegar a precisar ingreso hospitalario ni equipamiento especializado, así como para pacientes ingresados por patologías no crónicas que, según criterio médico, puedan continuar su recuperación en el domicilio.

– En caso de **Daño Cerebral Adquirido** (traumático, vascular, etc.) y **Daño Medular:** se cubren los tratamientos médico-quirúrgicos, tratamientos de rehabilitación funcional motor y rehabilitador en unidades específicas de lesionados medulares, así como los tratamientos de neurorrehabilitación y otros específicos **con un límite de 60 días de hospitalización durante los doce primeros meses posteriores al diagnóstico de Daño Cerebral Adquirido o Daño Medular. Esta cobertura alcanza una sola vez durante la vigencia de la póliza y exclusivamente** para las siguientes indicaciones y, siempre y cuando, existan varios déficits neurológicos simultáneamente como consecuencia del Daño Cerebral/Medular Adquirido. **Daño Cerebral Adquirido, exclusivamente** en las siguientes indicaciones: Ictus; TCE (Traumatismo Craneoencefálico); Secuelas neuroquirúrgicas; Secuelas de infecciosas del sistema nervioso central (meningitis). **Daño Medular Adquirido exclusivamente** en las siguientes indicaciones: Secuela neuroquirúrgica (médula espinal); Traumatismo.

– La asistencia hospitalaria psiquiátrica para el tratamiento de enfermos mentales afectados de procesos agudos o crónicos reagudizados. **Presenta un límite máximo de 60 días por Asegurado y año.**

– Cirugía profiláctica de la mama contralateral y/o los ovarios y anejos en casos de cáncer de mama y/u ovario de origen genético con mutación de los genes BRCA1/BRCA2. **Únicamente** se cubrirá cuando se disponga de un informe de estudios genéticos que confirmen la existencia de esta mutación y haya una prescripción médica de cirugía por parte de un especialista que figure en los Servicios Recomendados de la Aseguradora.

– Mastoplastia de reducción/cirugía de reducción mamaria, **exclusivamente** para mayores de 18 años que cumplan todos los siguientes criterios clínicos: clínica de dorsalgia y/o cervicalgia secundaria a la macromastia, distancia yúgulum-pezón superior a 32 cm, índice de masa corporal menor a 30 y necesidad de extirpar al menos 1000 gr por mama. Será necesario que haya una prescripción médica de cirugía por parte de un especialista que figure en los Servicios Concertados de la Aseguradora.

PROGRAMAS DE EXCLUSIVA REALIZACIÓN EN SERVICIOS RECOMENDADOS COMPLEMENTARIO AL REEMBOLSO DE GASTOS DE HOSPITALIZACIÓN QUIRÚRGICA. **Programa de tratamiento de la sordera en niños:** Dirigido a Asegurados desde su nacimiento hasta los 7 años de edad, siendo imprescindible para su prestación que en el momento del nacimiento la madre o el padre tuviera una antigüedad en póliza superior a 8 meses. **Exclusivamente** en los casos de sordera bilateral y mayor de 40 dBHL en el oído más sano, la Aseguradora cubrirá un implante coclear, **con una cuantía máxima de 22.000€ por Asegurado y una sola vez para toda la vigencia de la póliza.**

REEMBOLSO DE GASTOS DE HOSPITALIZACIÓN QUIRÚRGICA: Las técnicas o procedimientos indicados a continuación estarán cubiertos exclusivamente en los casos que expresamente se especifican aquí:

- La cirugía endoscópica **no está cubierta en cirugías de columna.**
- Técnicas quirúrgicas o procedimientos terapéuticos que usen láser según las siguientes indicaciones:
 - **Angiología y Cirugía Vasculár:** **exclusivamente** para el tratamiento endoluminal de las varices grados C3 y superiores de la Clasificación clínica, etiológica, anatómica y fisiopatológica (CEAP).
 - **Urología:** Litofragmentación de vía urinaria. Cubiertos los láseres KTP y Holmium **exclusivamente** para el tratamiento de la hiperplasia benigna de próstata.
 - **Oftalmología:** **exclusivamente** para tratamientos de fotocoagulación. **Queda expresamente excluido el láser Femtosegundo en la cirugía de cataratas.**
 - **Cirugía General y del Aparato Digestivo:** **exclusivamente** para tratamientos de coloproctología.
- Cirugía robótica **exclusivamente en las siguientes indicaciones oncológicas:**
 - **Cirugía Urológica:**
 - Cáncer de próstata (prostatectomía radical) que cumpla los siguientes criterios:
 - Adenocarcinoma prostático localizado.
 - PSA < 15 ng/ml.

- Sin evidencia de afectación extracapsular ni de las vesículas seminales (T1-T2) en ecografía transrectal.
- Sin invasión linfática ni metástasis (N0 y M0).
 - Carcinoma renal. Nefrectomía parcial en tumores malignos < 4 cm.
- Cirugía Ginecológica:
 - Histerectomía total en cáncer de endometrio en estadio localizado.
- Cirugía General y del Aparato Digestivo:
 - Gastrectomía en cáncer gástrico en estadio localizado.
- Cirugía Colo-Rectal:
 - Cáncer colorrectal en estadio localizado.
- Cirugía Torácica:
 - Lobectomía en cáncer de pulmón en estadio localizado.
- Monitorización electrofisiológica intraoperatoria en intervenciones intracraneales, en cirugía de parótida y tiroideas y en cirugías de columna con compromiso medular.
- Neuronavegador para cirugía intracraneal de tumores y malformaciones arteriovenosas así como para la escoliosis de más de 45 grados y cirugía compleja de columna.
- Disección Submucosa Endoscópica (DSE) **exclusivamente** en las siguientes indicaciones:
 - Esófago:
 - Cáncer superficial de esófago en estadio inicial (T1s y T1a) con tamaño superior a 2 cm.
 - Estómago:
 - Cáncer gástrico precoz bien diferenciado.
 - Lesiones elevadas < 20 mm.
 - Lesiones excavadas (no ulceradas) <10 mm.
 - Tumores intramucosos de cualquier tamaño sin ulceración ni invasión linfática.
 - Tumores intramucosos <30 mm sin invasión linfática, con o sin ulceración.
 - Tumores de tipo intestinal con invasión submucosa, tamaño < 30 mm y sin invasión vascular.
 - Tumores de tipo pobremente diferenciados < 20 mm y sin ulceración.
 - Colon y recto:
 - Lesiones > 20 mm de diámetro en las que la resección en bloque mediante mucosectomía con asa es difícil, aunque la lesión tiene indicación de resección endoscópica:
 - LST no granular (LST-NG), particularmente las de tipo pseudodeprimido.
 - Lesiones con patrón de criptas (pit pattern) tipo VI.
 - Carcinoma con infiltración submucosa.
 - Lesión de gran tamaño y tipo pseudodeprimido.
 - Lesión de gran tamaño de tipo elevado con sospecha de carcinoma.
 - Lesiones mucosas con fibrosis causadas por prolapso debido a biopsias previas o peristalsis.
 - Tumores esporádicos localizados en el contexto de inflamación crónica (p. ej. colitis ulcerosa).
 - Carcinoma precoz residual localizado tras resección endoscópica.
 - Mucosectomía/Resección Endoscópica Mucosa (REM) **exclusivamente** para la resección de:
 - Tumores malignos del aparato digestivo en estadios iniciales, de pequeño tamaño (<2 cm), limitados a la mucosa y sin úlceras.
 - Lesiones que por otros motivos (acceso difícil, localización en zonas anguladas) no sea posible extirpar mediante otras técnicas.
- La asistencia médico-quirúrgica **exclusivamente** para trasplante autólogo de médula ósea y trasplante de córnea. **En ningún caso, estarán cubiertos los gastos derivados de la gestión, el transporte, la obtención y conservación de órganos.** El trasplante se realizará por el equipo médico y en el centro hospitalario que designe la Aseguradora.
- Prótesis, implantes y/o kits **exclusivamente** recogidos en la relación del Anexo I de estas Condiciones Generales, siempre que hayan sido autorizadas para su uso en una intervención quirúrgica también autorizada por la Aseguradora **con reintegro hasta la cuantía máxima que se especifique en el mismo.**

REEMBOLSO DE GASTOS DE HOSPITALIZACIÓN NO QUIRÚRGICA: La quimioterapia intraperitoneal se cubre **exclusivamente** para tratamiento de la carcinomatosis peritoneal secundaria a tumores avanzados de ovario y tumores digestivos. La quimioterapia intratecal se cubre **exclusivamente** para el tratamiento de los linfomas de alto grado y de la carcinomatosis meníngea. La Resonancia Magnética Multiparamétrica de próstata y la Biopsia de próstata por fusión de imágenes, estarán cubiertas **exclusivamente** cuando se trate de uno de los siguientes casos: RNM multiparamétrica (RMNmp): Estadificación local, regional o a distancia; Detección o guía para biopsia diagnóstica ante sospecha de riesgo clínico en hombres asintomáticos a partir de los 45 años, con un nivel de PSA ≥ 4 ng/ml y elevación persistente del PSA durante al menos durante 3 meses; Monitorización terapéutica en pacientes con cáncer. Biopsia de fusión: Cuando la lesión objetivada en RMN multiparamétrica de próstata sea informada como PI-RADS ≥ 3 . Se incluye la coronariografía por TAC **exclusivamente** en las siguientes indicaciones: Pacientes sintomáticos con baja probabilidad de enfermedad coronaria pre-test en los que la prueba de isquemia es no concluyente y sólo si bajo criterio médico se puede adquirir un estudio de buena calidad; Valoración de pacientes con angina estable; Sospecha clínica de malformación del árbol coronario.

REEMBOLSO DE GASTOS DE HOSPITALIZACIÓN OBSTÉTRICA: Comprende **exclusivamente** el reembolso de gastos correspondientes a la hospitalización de la Asegurada en un centro hospitalario por motivos obstétricos.

LIMITACIONES EN LA GARANTÍA DE REEMBOLSO DE GASTOS DE FARMACIA (Artículo 3º.4):

Se reembolsarán los gastos de medicamentos **prescritos bajo receta médica**, siempre que el proceso a tratar este cubierto por el seguro. **Se abonará la factura o ticket siempre que el importe de los medicamentos incluidos en la factura ticket sea superior a 10€ y se acompañe de la correspondiente prescripción médica.**

GRAN COBERTURA (Artículo 5º): A efectos del cómputo del límite máximo de reembolso, la Aseguradora sumará, a los gastos ocasionados como consecuencia de la utilización de los servicios de libre elección, los gastos ocasionados por la utilización de los Servicios Recomendados fuera del territorio español.

GARANTÍA BUCODENTAL (Artículo 6º): De exclusiva realización en Servicios Recomendados. El Asegurado participará en el coste de los servicios mediante el abono de los precios convenidos que figuran en las Condiciones Especiales de esta garantía. Los precios convenidos establecidos son válidos para el período inicial de vigencia del seguro, reservándose la Aseguradora el derecho de poderlos modificar si así lo precisara, e incluso a someter a precio convenido prestaciones que no lo tenían previsto, previa comunicación a los Asegurados.

SERVICIOS RECOMENDADOS EN ESPAÑA (Artículo 7º)

Coberturas adicionales que necesariamente tendrán que realizarse en un servicio recomendado:

- a) Intervención quirúrgica de ligadura de trompas, así como la cirugía de la vasectomía.
- b) Programas de Medicina Preventiva: preparación al parto, seguimiento de diabetes en el embarazo, planificación familiar, programa del niño sano, diagnóstico precoz de enfermedades, rehabilitación cardíaca, programa de detección precoz y tratamiento de la sordera en niños, detección de cáncer de colon, diagnóstico precoz del melanoma y cribaje neuroquímico del pie diabético.
- c) Odontostomatología en Asistencia Especializada Ambulatoria y Garantía Bucodental.
- d) Psiquiatría.
- e) Tratamientos de Psicoterapia breve o terapia focal.
- f) Podología.
- g) Tratamiento de esterilidad de la pareja.
- h) Osteopatía.
- i) Estudio biomecánico de la marcha.

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

GARANTÍA DE ADOPCIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL (Artículo 8º): Comprende el reembolso de los gastos ocasionados por la tramitación de un proceso de adopción nacional e internacional hasta un máximo de 12.000 euros por adopción, a todos aquellos Asegurados que cumplan las particularidades y condiciones exigidas por la Ley en materia de adopciones y que hayan solicitado el inicio de los trámites 48 meses después de la fecha de alta en la póliza. **No serán objeto de reembolso los gastos de adopción derivados de un proceso de gestación por sustitución. Esta cobertura alcanza una sola vez durante la vigencia de la póliza.**

PERIODOS DE CARENCIA (Artículo 9º)

Carencia de 6 meses: TAC coronario; resonancia magnética; PET, polisomnografía, CPAP, BIPAP, medicina nuclear e isótopos radioactivos, acceso a la red hospitalaria de EE.UU., rehabilitación y rehabilitación cardíaca; consulta/tratamientos de osteopatía, consulta/tratamientos de psicoterapia breve o terapia focal, Gran Cobertura y genética.

Carencia de 8 meses: Intervenciones quirúrgicas en régimen ambulatorio o de internamiento, hospitalización de cualquier tipo salvo urgencia extrema o vital preparación al parto, asistencia al parto o cesárea.

Carencia de 48 meses: Adopción nacional e internacional (el inicio de los trámites de adopción debe haberse solicitado 48 meses después de la fecha de alta del Asegurado en póliza).

Estudio de la esterilidad y tratamiento mediante técnicas de reproducción asistida (el periodo de carencia se computa desde la fecha de alta en póliza del miembro de la pareja más reciente).

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

ASISTENCIAS Y/O GASTOS NO CUBIERTOS POR LA PÓLIZA (Artículo 10º):

Además de cualquier otro que se especifique en las Condiciones Generales, la póliza no cubre:

1. La asistencia sanitaria y/o los gastos derivados de enfermedades, defectos y malformaciones preexistentes a la fecha de contratación del seguro que, siendo conocidas por el Asegurado, no hayan sido declaradas en el correspondiente cuestionario de salud.
2. Accidentes producidos con anterioridad a la entrada en vigor de la póliza.
3. Las intervenciones y/o tratamientos por razones estéticas en general, salvo si la operación de cirugía plástica o reparadora o el tratamiento son necesarios como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza.
4. La mamoplastia o cirugía mamaria de aumento y la mastopexia. La cirugía reconstructora de la mama salvo después de mastectomía oncológica y/o después de cirugía profiláctica en los casos de cáncer de mama expresamente incluidos en el Artículo 3º, punto 3.3. "Garantía Hospitalaria" de las presentes Condiciones Generales. La mamoplastia de reducción o cirugía de reducción mamaria salvo en los casos expresamente incluidos en el Artículo 3º, punto 3.3. "Garantía Hospitalaria" de las presentes Condiciones Generales.
5. Los tratamientos e intervenciones esclerosantes venosos, los tratamientos cosméticos y de la alopecia.
6. Las piezas anatómicas ortopédicas, material ortopédico, los injertos osteoconductores, osteoinductores, terapias celulares, así como los factores de crecimiento/plasma rico en plaquetas, las prótesis, implantes y kits, salvo los incluidos en el Anexo I de estas Condiciones Generales y hasta la cuantía máxima fijada en la póliza.
7. Las órtesis, miembros u órganos artificiales y, en general, cualquier material ortopédico como sillas de ruedas, camas ortopédicas, colchones antiescaras, empapadores, corsés ortopédicos, collarines cervicales, bastones de apoyo, aparatos de rehabilitación pasiva, monitorizaciones, así como los gastos de mantenimiento y reparación de los mismos y en general cualquier producto o asistencia utilizados con fines sociales. Los productos farmacéuticos, vacunas (excepto las incluidas en el Programa del Niño Sano), autovacunas y jeringuillas, así como el D.I.U. (salvo en los Programas de Medicina Preventiva).
8. El mantenimiento de los audífonos incluidos en el Programa de Tratamiento de la Sordera en Niños.
9. Aerosoles, oxigenoterapia, ventiloterapia, rayos PUVA, CPAP y BIPAP salvo si se utilizan los Servicios Recomendados por la Aseguradora. Quedan excluidos en cualquier caso: los monitores de apnea, tratamientos farmacológicos y concentradores de oxígeno portátiles. Los tratamientos con cámara hiperbárica.
10. Los tratamientos médicos, quirúrgicos y/o farmacológicos experimentales y las medicinas alternativas, tales como organometría, acupuntura, homeopatía y similares.
11. La asistencia sanitaria y todos los gastos médico-quirúrgicos derivados del tratamiento de patologías adictivas.
12. Medicación complementaria a tratamientos quimioterápicos.
13. En reproducción asistida, la medicación, la congelación/descongelación de embriones, esperma y óvulos, el diagnóstico preimplantacional, así como los gastos de donación de ovocitos y esperma.
14. La cirugía reconstructiva de técnicas anticonceptivas previas.
15. Cirugía refractiva (miopía, astigmatismo, hipermetropía), cirugía de la presbicia, así como los costes de gafas, lentillas y aparatos auditivos, salvo implantes cocleares y audífonos incluidos en el Programa de Detección Precoz y Tratamiento de la Sordera en niños menores de 7 años y hasta el límite fijado en el Catálogo de Prótesis.
16. Cirugías preventivas, chequeos, exámenes médicos generales de carácter preventivo, excepto los incluidos en los programas de Medicina Preventiva expresamente pactados en la póliza, siempre que se utilicen los Servicios Recomendados por la Entidad.
17. Periodoncia, endodoncia, empastes, ortodoncia, prótesis dentales, implantes y demás tratamientos dentales, salvo que se contrate la Garantía Bucodental y se utilicen los Servicios Recomendados por la Aseguradora.
18. Los traslados requeridos para asistencia a consultas médicas, realización de pruebas diagnósticas, así como para tratamientos de fisioterapia y rehabilitación, salvo que concurren las circunstancias establecidas para enfermos en hospitalizados, según lo recogido en la descripción del "Servicio de Ambulancia".
19. La asistencia sanitaria y/o los gastos médicos derivados de las consecuencias de tentativa de suicidio o autolesión, estando o no el Asegurado en uso de sus facultades mentales.
20. En relación con los trasplantes de órganos, la póliza únicamente cubre la asistencia médico-quirúrgica para los trasplantes recogidos expresamente en estas Condiciones Generales, y en ningún caso la gestión, el transporte, y los gastos derivados de la obtención y conservación de órganos.
21. La asistencia sanitaria y/o los gastos médicos derivados de las consecuencias de la participación del Asegurado en carreras o apuestas y las producidas por la práctica como profesional de cualquier deporte, así como por la práctica como aficionado en actividades aéreas, submarinismo con uso de pulmón artificial, boxeo, escalada, carreras de vehículos de motor, incluidos los entrenamientos, espeleología, toreo, encierro de reses y cualquier otra actividad de riesgo.
22. La asistencia sanitaria y/o los gastos médicos derivados de la participación directa del Asegurado en actos delictivos, alborotos, reyertas o riñas, salvo que hubiera actuado en legítima defensa.
23. La asistencia sanitaria y los gastos médicos derivados de las enfermedades y accidentes que sean consecuencia de guerra civil o internacional (haya o no declaración de guerra), actos de terrorismo, insurrecciones, tumultos populares, movimientos sísmicos, inundaciones, huracanes, erupciones volcánicas, en las consecuencias directas o indirectas de la radiación nuclear o contaminación radiactiva, o cualquier otro fenómeno de carácter catastrófico o extraordinario, o acontecimientos que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como "catástrofe o calamidad nacional", así como en las epidemias declaradas oficialmente.
24. Los servicios hosteleros y sociales tales como teléfono, televisión, comidas alternativas o del acompañante, servicio privado de enfermería, habitaciones tipo suites y similares, así como la cama del acompañante en los ingresos del paciente en unidades especiales.
25. Los tratamientos y/o internamientos en cualquier tipo de centro para curas de reposo o de adelgazamiento. Los tratamientos o permanencias en balnearios, cualquiera que sea la finalidad. Las estancias en residencias asistidas, geriátricas, o asilos, así como cualquier hospitalización en la que concurren circunstancias de tipo social incluyendo las referidas a cuidados paliativos.

26. La hospitalización, el hospital de día y el tratamiento extrahospitalario en procesos psiquiátricos crónicos. La hospitalización, el hospital de día y el tratamiento extrahospitalario para la realización de test psicológicos, psicoanálisis, hipnosis, sofrología, tratamiento para la narcolepsia y rehabilitación psicosocial o neuropsicológica en procesos psiquiátricos agudos.

27. La póliza no cubre la asistencia sanitaria y/o los gastos correspondientes a la atención a recién nacidos, salvo que se incluyan en la póliza, según lo dispuesto en las presentes Condiciones Generales.

28. El reembolso de los gastos ocasionados por la tramitación de un proceso de adopción nacional e internacional iniciado con anterioridad a la fecha de alta del asegurado en la póliza.

29. La interrupción voluntaria del embarazo, así como toda asistencia sanitaria relacionada con dicha interrupción.

30. Cualquier estudio genético, excepto cuando, en el marco del cuadro clínico, la confirmación del diagnóstico genético condicione la instauración de un tratamiento específico o su modificación y siempre que en este caso el estudio necesario figure en el listado incluido en el Anexo I. Quedan expresamente excluidos los estudios genéticos de familiares y los de carácter preventivo.

31. Partos en medios acuáticos, a domicilio y por medios alternativos.

32. Cirugía de cambio de sexo.

33. La educación para el lenguaje, la educación, terapia y rehabilitación especial en enfermos con afectación psicomotora en procesos congénitos o adquiridos y la terapia de mantenimiento u ocupacional. Los tratamientos de rehabilitación para el Daño Cerebral Adquirido y para el Daño Medular en Servicios de Libre Elección tanto en asistencia extrahospitalaria como en hospitalización.

34. El uso de Servicios de Libre Elección para el acceso a los servicios indicados en el Artículo 7º, punto 3.

35. La digitalización del estudio biomecánico de la marcha y la fabricación de las plantillas personalizadas.

36. En la garantía de Reembolso de Gastos de Farmacia quedan excluidas todas aquellas vacunas necesarias por motivos de viajes al extranjero, otras vacunas de carácter preventivo no enunciadas anteriormente, ni las que se encuentren en fase de desarrollo experimental. Igualmente, no serán reembolsables los gastos generados por productos que no contengan principio activo medicamentoso como pueden ser, a título meramente enunciativo y no limitativo, los productos de dermocosmética, parafarmacia, complementos alimenticios, así como los geles, cremas, sueros fisiológicos, cosméticos, etc.

37. Los relacionados con procesos de gestación por sustitución cualquiera que sea el país en el que se haya seguido.

38. Tratamientos farmacológicos en Oncología, Reumatología o cualquier otra especialidad que no precisen aplicación en un centro hospitalario, aunque se dispensen los medicamentos en el propio hospital, salvo lo cubierto en la Garantía de Reembolso de Gastos de Farmacia.

39. Medicamentos de terapias avanzadas tanto génica como celular. Medicamentos biológicos, excepto: vacunas, moduladores inmunológicos, anticuerpos monoclonales, productos derivados de la sangre y el plasma humano.

40. Los gastos médicos derivados del tratamiento del lipedema.

41. La cirugía de la obesidad y/o bariátrica.

42. La fisioterapia y/o rehabilitación respiratoria y de la articulación temporo-mandibular (ATM), así como cualquier otro tipo/técnica de fisioterapia/rehabilitación que no esté expresamente cubierto en estas Condiciones Generales.

43. La utilización de cualquier aparato, dispositivo y/o fungible de uso médico y reciente aparición, para pruebas diagnósticas y/o procedimientos terapéuticos que, teniendo la marca CE, se utilice en especialidades médico/quirúrgicas y cuyo coste supere 1.000 euros.

44. El trasplante heterólogo de médula ósea, así como cualquier otro que no esté expresamente incluido en el epígrafe 3.3.1 "Hospitalización Quirúrgica" de las presentes Condiciones Generales.

45. Medicamentos de uso compasivo.

46. El tratamiento de crioterapia, así como cualquier otra terapia focal para el cáncer de próstata.

47. Los paneles de biología molecular para diagnóstico por PCR de enfermedades infecciosas.

48. La asistencia sanitaria y los gastos médicos cubiertos por el Seguro del Automóvil de Suscripción Obligatoria derivados de la utilización de vehículos a motor.

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

GARANTÍA DE FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE (Artículo 13.1):

No se cubren los accidentes sufridos en regiones inexploradas o desérticas o en viajes que tengan carácter de exploración.

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

- a) Los accidentes ocurridos con anterioridad a la incorporación del Asegurado en la póliza, los causados por la participación en actos delictivos, duelos, riñas, actos de imprudencia temeraria o negligencia grave, así como los que se produzcan cuando esté bajo los efectos del alcohol o las drogas.
- b) Los actos provocados intencionadamente por el Asegurado o los Beneficiarios como el suicidio o tentativa de suicidio consciente o inconsciente y las autolesiones.
- c) Los accidentes ocasionados por la conducción de vehículos a motor si el Asegurado no está en posesión de la autorización administrativa correspondiente, así como los que sufra como pasajero en medios de transporte que no cumplan los requisitos legales vigentes.
- d) Los ocurridos con ocasión de guerras declaradas o no, revoluciones, invasiones, asonadas, sediciones, rebeliones, así como medidas de carácter militar.
- e) El fallecimiento doloso del Asegurado causado por un Beneficiario.
- f) La participación del Asegurado en carreras o apuestas, la práctica como profesional de cualquier deporte, así como la práctica como aficionado en actividades aéreas, submarinismo con uso de pulmón artificial, boxeo, escalada, carreras de vehículos de motor, incluidos los entrenamientos, espeleología, toreo, encierro de reses y cualquier otra actividad de riesgo.

GARANTÍA DE ASISTENCIA EN VIAJE (Artículo 13.2): Se extiende a todos los países del Mundo salvo al territorio español, con excepción de la cobertura de "Traslado o repatriación sanitaria, en caso de enfermedad o accidente del Asegurado desplazado", que se prestará también en España a partir del kilómetro veinte desde el domicilio habitual del Asegurado. Se cubrirá la asistencia en los desplazamientos del Asegurado fuera del territorio español durante los primeros 90 días consecutivos de un viaje. La compañía podrá requerir que se acredite documentalmente la duración del viaje a efectos de verificar la cobertura.

En caso de enfermedad o accidente del Asegurado, sobrevenidos mientras se encuentra desplazado fuera de España que requieran asistencia médica urgente, la Aseguradora se hará cargo de los gastos de hospitalización, de las intervenciones quirúrgicas, de los honorarios médicos, de los gastos de enfermería y de los productos farmacéuticos prescritos por el facultativo que le atienda hasta conseguir la estabilización que permita continuar el viaje o el traslado a su domicilio habitual u hospital próximo a éste, hasta un límite de 15.000 € por siniestro.

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

ASISTENCIAS Y/O GASTOS NO CUBIERTOS POR LA GARANTÍA: Además de las asistencias y/o gastos no cubiertos que se recogen en el artículo 10 de estas Condiciones Generales no serán objeto de cobertura los siguientes hechos y sus consecuencias:

1. Los causados directa o indirectamente por la mala fe del Asegurado, por su participación en actos delictivos, o por sus acciones dolosas, gravemente negligentes o de imprudencia grave.
2. Acontecimientos extraordinarios, entendiéndose como tales:
 - a) Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos, inundaciones extraordinarias, erupciones volcánicas, tempestad ciclónica atípica y caída de cuerpos siderales y aerolitos.
 - b) Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín o tumulto popular.
 - c) Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz.
3. Las consecuencias de las acciones del Asegurado en estado de enajenación mental o bajo tratamiento psiquiátrico.
4. Los hechos acaecidos en aquellos países que figuren como no recomendados en la información suministrada por el Ministerio de Asuntos Exteriores de España, o que se hallen sujetos a embargo del Consejo de Seguridad de la ONU o de otros organismos internacionales a los que España esté adherida, y los hechos acaecidos en cualesquiera conflictos o intervenciones internacionales con uso de la fuerza o coacción.
5. Los que se produzcan con ocasión de la participación del Asegurado en apuestas, desafíos o riñas, salvo en caso de legítima defensa o necesidad.
6. Los riesgos y sus consecuencias derivados de:
 - a) La práctica del esquí y/o deportes afines.

- b) La práctica de las siguientes actividades de aventura y deportivas: airsoft, ala delta, alpinismo, artes marciales, atletismo, automovilismo, barranquismo, boxeo, buceo, buggy, carreras obstáculos / spartan / carreras populares bici / ironman, carreras populares / maratón / media maratón / trail, caza y safari, ciclismo en ruta, enduro, escalada / rocódromo, espeleología, espeleología submarina, fútbol americano, globo aerostático, halterofilia, hidrospeed, hípica, hockey, lucha, lucha canaria, MMA, montañismo, moto de nieve, motociclismo, motocross, muay-thai, paint-ball, paracaidismo, parapente, parkour, pistas americanas, puenting, quads, rafting, rugby, tiro con arco, tiro olímpico, todo terreno 4x4, triatlón, ultraligero, vías ferratas ni navegación en aguas internacionales en embarcaciones no destinadas al transporte público de pasajeros.
- c) Los que se produzcan con ocasión de la participación del Asegurado en competiciones y pruebas preparatorias o entrenamientos.
- d) La utilización, como pasajero o tripulante, de medios de navegación aérea no autorizados para el transporte público de viajeros, así como de helicópteros.

7. Los servicios que el Asegurado haya concertado por su cuenta, sin la previa comunicación o sin el consentimiento de la Aseguradora, salvo en caso de urgente necesidad. En ese caso, el Asegurado deberá justificar la urgencia y presentar los justificantes y facturas originales de dichos servicios.

8. Los gastos producidos una vez que el Asegurado se encuentre en España, los incurridos fuera del ámbito de aplicación de las garantías del seguro, y en todo caso, los ocasionados una vez transcurridos 90 días desde el inicio del viaje o desplazamiento.

9. Las prestaciones requeridas para la atención de enfermedades preexistentes que no tengan carácter de urgencia vital. Esta exclusión no se aplicará para la cobertura de "Traslado o repatriación del Asegurado fallecido".

10. Las enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión voluntaria de alcohol, drogas, sustancias tóxicas, narcóticos o medicamentos adquiridos sin prescripción médica.

11. Los derivados de la renuncia o retraso del traslado acordado por el servicio médico de la Aseguradora, por causa imputable al Asegurado o a sus acompañantes.

12. Los tratamientos de rehabilitación.

13. Las revisiones médicas periódicas o preventivas.

14. Las relativas a prótesis, material ortopédico u órtesis y material de osteosíntesis.

15. Los ocurridos durante un viaje cuando se hubiere iniciado por los siguientes motivos: a) con la intención de recibir tratamiento médico, b) porque haya sido diagnosticada al Asegurado una enfermedad terminal.

16. Los accidentes laborales ocurridos durante la realización de las siguientes actividades: Trabajo en obras, andamios o alturas, pozos o muelle de carga; Utilización de maquinaria del tipo prensa, corte, torno, sierra en obras o labores agrícolas; Utilización de instrumentos de corte del tipo cuchillos, machetes o cizallas; Manejo o manipulación de mercancías u objetos pesados o peligrosos; Manipulación de productos tóxicos, corrosivos, explosivos o inflamables; Trabajo en fuerzas armadas o seguridad.

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

| | |
|--------------------------------|--|
| Responsable | MAPFRE ESPAÑA COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. |
| Finalidades principales | Gestión de su solicitud y, en su caso, del contrato de seguro; gestión centralizada de sus datos a través de recursos informáticos, organizativos y administrativos en su relación con las entidades del Grupo MAPFRE; el envío de comunicaciones comerciales relacionadas con los productos comercializados por su aseguradora similares a los que haya contratado. |
| Bases de licitud | Ejecución del contrato de seguro, obligaciones legales e interés legítimo. |
| Destinatarios | Podrán comunicarse datos a terceros y/o realizarse transferencias de datos a terceros países en los términos señalados en la Información Adicional para la gestión de póliza. |
| Derechos | Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, oposición, oposición a interés legítimo y portabilidad según se informa en la Información Adicional de Protección de Datos. |
| Información adicional | Puede consultar información adicional de protección de datos en https://app.mapfre.es/RGPD#/Docs/ME-PERSONAS-CCPP02ES |

El Tomador/Titular/Asegurado queda informado mediante la lectura del presente documento del tratamiento de los datos suministrados voluntariamente en el mismo, así como el de todos aquellos datos que pudiera facilitar a **MAPFRE ESPAÑA**, directamente o a través de su mediador, y los que se obtengan mediante grabación de conversaciones telefónicas o como consecuencia de su navegación por las páginas web de Internet u otro medio, con motivo del desarrollo del contrato o de la consulta, solicitud o contratación de cualquier servicio o producto, entre otros y a título enunciativo y no limitativo para la valoración y delimitación del riesgo, la prevención e investigación del fraude en la selección del riesgo y en la gestión de siniestros, incluso una vez finalizada la relación precontractual o contractual incluidas, en su caso, las comunicaciones o las transferencias internacionales de los datos que pudieran realizarse, todo ello para las finalidades detalladas en la Información Adicional de Protección de Datos.

MAPFRE ESPAÑA podrá consultar sus datos en ficheros sobre cumplimiento e incumplimiento de obligaciones dinerarias o de prevención del fraude como se detalla en la información adicional.

En caso de que los datos facilitados se refieran a terceras personas físicas distintas del Tomador/ Titular/Asegurado, éste garantiza haberles informado, con carácter previo a su inclusión en el presente documento, de las finalidades del tratamiento, comunicaciones y demás términos previstos en el mismo y en la Información Adicional de Protección de Datos.

El Tomador/Titular/Asegurado declara que es mayor de dieciocho años. De igual modo, en caso de que los datos que proporcione sean de menores de edad, como padre/ madre o tutor del menor, autoriza expresamente el tratamiento de dichos datos incluidos, en su caso, los relativos a la salud, para la gestión de las finalidades detalladas en la Información Adicional de Protección de Datos.

El Tomador/Titular/Asegurado garantiza la exactitud y veracidad de los datos personales facilitados, comprometiéndose a mantenerlos debidamente actualizados y a comunicar a **MAPFRE ESPAÑA** cualquier variación que se produzca en los mismos.

Recibí un ejemplar de las Condiciones Generales del seguro, así como la copia del presente documento, que he leído y acepto en su integridad.

PÓLIZA Nº

Nombre y Apellidos del Tomador

Firma del Tomador

Fecha:

INFORMACIÓN IMPORTANTE: La firma de este documento no exime de que la entidad requiera nuevamente que se firme mediante alguno de los procedimientos automatizados que MAPFRE tenga implementados.

(Cumplimentación obligatoria)

Consentimiento de cesión de datos personales

La contratación de este seguro se realiza a través del **mediador Mediser Gestión Correduría de Seguros** con CIF B85007573 y con clave de correduría en la DGS J2586.

Da su consentimiento para que los datos de carácter personal que se recogen en la presente solicitud de seguro sean cedidos a esta entidad con la finalidad de recibir contacto e información relativa al seguro contratado.

MEDISER GESTION CORREDURÍA DE SEGUROS, S.L. es el **responsable del tratamiento de los datos personales del interesado** y le informa de que estos datos serán tratados de conformidad con lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679, de 27 de abril (GDPR), y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre (LOPDGDD). Dicho tratamiento se realizará exclusivamente para la ejecución del contrato y los servicios contratados, mantener una relación comercial, envío de comunicaciones de productos, servicios, información o contacto. Los datos se conservarán durante no más tiempo del necesario para mantener el fin del tratamiento o mientras existan prescripciones legales que dictaminen su custodia

Se informa al interesado de que **podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión y portabilidad de sus datos, y los de limitación u oposición al tratamiento** dirigiéndose a MEDISER GESTION CORREDURÍA DE SEGUROS, S.L.. AVDA. BRASIL, 17-8ºD, - 28020 Madrid (Madrid). E-mail: mendez.montoro@sanitalud.es, y si considera que el tratamiento de datos personales no se ajusta a la normativa vigente, también tiene derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (www.aepd.es).



Fecha y firma