

Condiciones Generales

**Asistencia
Sanitaria
Elección**



MAPFRE
Salud



MAPFRE

MAPFRE ESPAÑA
COMPAÑÍA DE SEGUROS
Y REASEGUROS, S.A.

DOMICILIO SOCIAL
Edificio MAPFRE.

Carretera de Pozuelo, n.º 50.
28222 MAJADAHONDA
(Madrid)

Teléf. 902 20 40 60



Asistencia Sanitaria Elección

De acuerdo con lo establecido en la Ley 50/80, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro se destacan en letra negrita las exclusiones y las cláusulas limitativas de los derechos de los asegurados contenidas en las Condiciones Generales de la póliza.

	<u>Pág</u>
Preliminar	
Artículo 1. Definiciones	5
Objeto y Extensión del Seguro	
Artículo 2. Coberturas asegurables	7
Artículo 3. Ámbito territorial	8
Artículo 4. Exclusiones Generales	8
Bases del seguro	
Artículo 5. Declaraciones para la contratación	10
Artículo 6. Comunicaciones de las altas y bajas de asegurados	11
Vigencia del Seguro	
Artículo 7. Comienzo del seguro	11
Artículo 8. Duración y extinción del seguro	12
Artículo 9. Contratación a distancia del seguro	12
Artículo 10. Modificación de las garantías pactadas	13
Primas	
Artículo 11. Importe de la prima, pago de la misma y efectos de su impago	13
Artículo 12. Pago a través de entidad bancaria	14
Artículo 13. Pago durante la suspensión del seguro	15
Artículo 14. Fraccionamiento del pago	15
Artículo 15. Justificación del pago	15
Modificaciones en el Riesgo	
Artículo 16. Agravación del riesgo	15
Artículo 17. Disminución del riesgo	16
Siniestros	
Artículo 18. Actuación en caso de siniestro	16
Artículo 19. Subrogación de la aseguradora	17
Comunicaciones	
Artículo 20. Condiciones para su validez	18
Prescripción y Jurisdicción	
Artículo 21. Prescripción	18
Artículo 22. Reclamaciones y jurisdicción	18
Coberturas	
COBERTURA DE ASISTENCIA MÉDICA EN ESPAÑA	19

	Pág
Artículo 23. Garantía de asistencia médica primaria	20
Artículo 24. Garantía de asistencia médica especializada	21
Artículo 25. Garantía de bucodental	22
Artículo 26. Garantía de segundo diagnóstico.....	23
COBERTURA DE DECESOS	24
Artículo 27. Períodos de carencia.....	24
Artículo 28. Garantía de reembolso de gastos derivados de la repatriación del asegurado fallecido	24
Artículo 29. Garantía de asistencia en caso de fallecimiento.....	25
COBERTURA DE ASISTENCIA URGENTE EN VIAJE EN EL EXTRANJERO	27
Artículo 30. Alcance de la cobertura	27
1. Asistencia médica	27
2. Desplazamiento y alojamiento de un acompañante del asegurado hospitalizado	28
3. Prolongación de la estancia del asegurado	28
4. Envío de medicamentos.....	28
5. Repatriación sanitaria del asegurado	28
6. Repatriación del asegurado fallecido	29
7. Transporte de un acompañante del asegurado fallecido.....	29
8. Repatriación de los asegurados acompañantes del asegurado.....	29
9. Interrupción del viaje	29
10. Entrega de efectivo en el extranjero	30
Artículo 31. Exclusiones de la cobertura	30

Salud Elección - Contratación Individual

Preliminar

El presente contrato de seguro se rige por lo establecido en las Condiciones Generales, Particulares y Especiales, sus Anexos y Suplementos, el Certificado Individual del Seguro, en su caso, y, salvo pacto en contrario que resulte más beneficioso para el Asegurado, por la Ley de Contrato de Seguro (Ley 50/1980, de 8 de octubre), la Ley de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras (Ley 20/2015, de 14 de julio) y sus normas reglamentarias de desarrollo.

Mediante la firma del Extracto de Cláusulas Limitativas de la póliza, el Tomador del seguro acepta específicamente las cláusulas limitativas y de exclusión de los derechos del Asegurado que se resaltan en letra “negrita” en estas Condiciones Generales.

ARTÍCULO 1. DEFINICIONES

A los efectos de esta póliza, se entenderá, con carácter general, por:

- **Accidente:** Lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado. Salvo pacto expreso en contrario, no tendrán la consideración de accidente, a efectos del seguro, los infartos o episodios coronarios o cardiovasculares o cerebrovasculares o cualquier lesión en el músculo del corazón que provoque una interrupción en el flujo de sangre.
- **Asegurado:** Cada persona incluida en la póliza con derecho a percibir las prestaciones del seguro.
- **Asegurado titular:** Asegurado que asume, en virtud del contrato, determinadas obligaciones que corresponden al Asegurado unido a él por un vínculo de parentesco por consanguinidad o afinidad.
- **Aseguradora:** MAPFRE ESPAÑA, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A., entidad emisora de esta póliza que en su condición de asegurador y mediante el cobro de la prima, asume la cobertura de los riesgos objeto de este contrato con arreglo a las condiciones de la póliza y que en su actividad aseguradora se halla sometida a la supervisión del Ministerio de Economía y Competitividad, a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.
- **Asistencia ambulatoria:** Atención sanitaria prestada a un enfermo o lesionado, en un centro médico, sin que se produzca su hospitalización.
- **Beneficiario:** Persona o personas a quien el Tomador del seguro reconoce el derecho a percibir, en la cuantía que corresponda, la indemnización o prestación derivada de este contrato. En las coberturas de decesos, en defecto de designación expresa, será beneficiario el heredero o herederos del Asegurado.
- **Certificado de defunción:** Documento oficial que expide el Registro Civil sobre la inscripción de la defunción de una persona.
- **Certificado de últimas voluntades:** Documento oficial que expide el Registro General de Actos de Última Voluntad que acredita si una persona ha otorgado testamento/s y ante qué Notario/s.

- **Certificado médico de defunción:** Documento expedido por un médico legalmente habilitado acreditando el fallecimiento de una persona y la causa de la muerte.
- **Co-pago:** Cantidad pactada en las Condiciones Generales o en las Condiciones Particulares de la póliza que el Asegurado asume a su costa en concepto de participación en el coste de los servicios médicos.
- **Cirugía mayor ambulatoria:** Asistencia quirúrgica, ya sea con anestesia general, local, regional o sedación en la que el paciente es dado de alta a las pocas horas de su realización sin necesidad de ingreso hospitalario.
- **Consulta:** Acción de atender y examinar al paciente a un enfermo, realizando las exploraciones y pruebas médicas necesarias para obtener un diagnóstico o un pronóstico y prescribir un tratamiento.
- **Defecto o malformación preexistente:** Alteración de la salud anterior a la fecha de inclusión de cada Asegurado en la póliza que puede ser percibida por signos o síntomas sin necesidad de un diagnóstico médico previo.
- **Derechohabiente:** Persona cuyos derechos derivan de otra. Para las coberturas de decesos, se presume como derechohabiente el heredero o herederos del Asegurado.
- **Domicilio familiar:** A los efectos previstos en la póliza, se considerará el declarado en España que figura en las Condiciones Particulares.
- **Enfermedad:** Alteración involuntaria de la salud diagnosticada por un médico autorizado legalmente para ejercer su profesión.
- **Enfermedad congénita:** Alteración de la salud con la que se nace, bien por ser hereditaria o por haberse contraído en el seno del útero materno.
- **Enfermedad Preexistente:** Alteración de la salud anterior a la fecha de inclusión de cada Asegurado en la póliza que haya sido diagnosticada por un médico.
- **Factores de Crecimiento:** Sustancias proteicas que se implantan en el organismo con la finalidad de estimular la proliferación y la supervivencia celular y que son utilizados en terapia biológica.
- **Franquicia:** Cantidad pactada en las Condiciones Generales o en las Condiciones Particulares de la póliza, que el Asegurado asume a su cargo en caso de siniestro.
- **Guía de Asistencia Médica Primaria y Odontológica:** Documento elaborado por la Aseguradora en el que se contiene una relación de los médicos, hospitales u otros servicios concertados para la prestación de las coberturas de Asistencia Médica Primaria y la Garantía Bucodental. Dicho documento puede sufrir variaciones por lo que los Asegurados deben confirmar la validez de los datos que figuran en ella cuando acudan a un médico u hospital.
- **Guía de Asistencia Médica Especializada:** Documento elaborado por la Aseguradora en el que se contiene una relación de los médicos, hospitales u otros servicios concertados para la prestación de las coberturas de Asistencia Médica Especializada. Dicho documento puede sufrir variaciones por lo que los Asegurados deben confirmar la validez de los datos que figuran en ella cuando acudan a un médico u hospital.
- **Hospital:** Centro médico destinado a la asistencia especializada y continuada de pacientes en régimen de internamiento cuya finalidad principal es el diagnóstico o trata-

miento de los enfermos ingresados. A los efectos de la póliza no se considerarán hospitales: los hoteles, asilos, casas de reposo o convalecencia, balnearios, instalaciones dedicadas principalmente al tratamiento de enfermedades crónicas, tratamientos de drogadicción o alcoholismo e instituciones similares.

- **Médico:** Persona que se halla legalmente autorizada para ejercer la medicina.
- **Plazo de carencia:** Período de tiempo desde la entrada en vigor del contrato de seguro o la inclusión del Asegurado en la póliza, durante el cual no surten efecto las garantías previstas en la póliza.
- **Prima:** Precio del seguro en el que se incluirán, además, los tributos y recargos legalmente repercutibles.
- **Servicios Concertados:** Los médicos, hospitales y otros servicios sanitarios incluidos, con carácter indicativo, en la Guía de Asistencia Médica Primaria y Odontológica y en la Guía de Asistencia Médica Especializada a los que el Asegurado puede acudir libremente para la prestación de las coberturas incluidas en la póliza.
- **Siniestro:** Hecho cuyas consecuencias dañosas están cubiertas por la póliza.
- **Suma asegurada:** Cantidad establecida en las Condiciones Particulares o, en su caso, en las Generales del seguro que representa el límite máximo de indemnización en cada siniestro.
- **Tomador del seguro:** Persona que suscribe este contrato con la Aseguradora y asume las obligaciones recogidas en la póliza, incluyendo la del pago de la prima a la Aseguradora.
- **Urgencia:** Situación clínica que precisa de una pronta atención sanitaria, sin riesgo de muerte inminente o de grandes lesiones o incapacidades.
- **Urgencia extrema o vital:** Situación clínica de urgencia en la que el riesgo de muerte, de grandes lesiones o de grandes incapacidades es inminente y requiere de tratamiento médico con carácter inmediato.

Objeto y extensión del seguro

ARTÍCULO 2. COBERTURAS ASEGURABLES

1. La Aseguradora cubre las prestaciones correspondientes a cada una de las garantías de seguro cuya inclusión figure expresamente pactada en las Condiciones Particulares de la póliza.
2. Las garantías de la COBERTURA DE ASISTENCIA MÉDICA EN ESPAÑA que pueden contratarse son las siguientes:
 - ASISTENCIA MÉDICA PRIMARIA.
 - ASISTENCIA MÉDICA ESPECIALIZADA.
 - GARANTÍA BUCODENTAL.
 - SEGUNDO DIAGNÓSTICO.
3. Las garantías de la COBERTURA DE DECESOS que pueden contratarse son:

Objeto y extensión del seguro

- REEMBOLSO DE GASTOS DERIVADOS DE LA REPATRIACIÓN DEL ASEGURADO FALLECIDO.
- ASISTENCIA EN CASO DE FALLECIMIENTO:
 - A) COORDINACIÓN DEL SERVICIO FUNERARIO EN ESPAÑA.
 - B) TRAMITACIÓN DE DOCUMENTOS.
- 4. Asimismo, podrá contratarse la COBERTURA DE ASISTENCIA URGENTE EN VIAJE EN EL EXTRANJERO.

ARTÍCULO 3. ÁMBITO TERRITORIAL

1. Las garantías cubiertas por la póliza serán aplicables respecto de los siniestros ocurridos en el territorio español y siempre que la residencia habitual del Asegurado se encuentre en España, salvo las garantías de Reembolso de Gastos Derivados de la Repatriación del Asegurado Fallecido y de Asistencia Urgente en Viaje en el Extranjero, que será aplicable respecto de los siniestros ocurridos en cualquier lugar del mundo.
2. En cualquier caso, si el Asegurado trasladara su residencia fuera de territorio español, las coberturas de la póliza se extinguirán automáticamente.

ARTÍCULO 4. EXCLUSIONES GENERALES

1. Quedan excluidos de todas las garantías de la póliza, además de las limitaciones específicas de cada una de ellas, los siguientes supuestos:
 - a) La asistencia médica prestada por médicos, centros o servicios no concertados con la Aseguradora, ya sean de titularidad pública o privada, aun cuando esta asistencia haya sido prescrita por alguno o algunos Servicios Concertados, así como los gastos médicos u hospitalarios ocasionados por asistencias médicas que los facultativos no concertados pudieran ordenar, el reembolso de dichos gastos o cualquier otro tipo de indemnización.

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.
 - b) Las enfermedades, defectos y malformaciones (incluidas las congénitas), contraídas, manifestadas o conocidas por el Asegurado antes de la fecha de efecto de su alta en la póliza, así como las secuelas producidas por ellas, y los defectos de nacimiento, salvo que hubieran sido aceptadas expresamente por la Aseguradora en las Condiciones Particulares de la póliza.
 - c) La asistencia médica de carácter urgente o urgente extrema y vital que no sea objeto de cobertura de acuerdo con estas Condiciones Generales.
 - d) Las lesiones y consecuencias derivadas de accidentes producidos con anterioridad a la inclusión de cada Asegurado en la póliza.
 - e) Los gastos derivados de los traslados o desplazamientos del Asegurado en cualquier medio de transporte, incluido el traslado o desplazamiento en ambulancia.

- f) La asistencia y los gastos médicos derivados de intervenciones quirúrgicas que requieran ingreso hospitalario, las hospitalizaciones de cualquier tipo, así como cualesquiera servicios hosteleros y sociales.
 - g) Las piezas anatómicas ortopédicas, material ortopédico, los injertos osteoconductores, osteoinductores e injertos celulares, así como los factores de crecimiento, las prótesis, e implantes.
 - h) Los medicamentos de cualquier tipo.
 - i) La cirugía refractiva (miopía, astigmatismo, hipermetropía) y la cirugía de la presbicia, así como los costes de gafas, lentillas y aparatos auditivos.
 - j) La asistencia y los gastos médicos derivados de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (SIDA), el tratamiento del alcoholismo y la drogadicción.
 - k) La asistencia y los gastos médicos derivados de la tentativa de suicidio y autolesión, estando o no el Asegurado en uso de sus facultades mentales.
 - l) La asistencia y los gastos médicos derivados de la participación del Asegurado en apuestas o desafíos y las producidas por la práctica como profesional, incluidos los entrenamientos de cualquier deporte, así como por la práctica como aficionado de actividades aéreas, submarinismo con uso de pulmón artificial, boxeo, escalada, carreras de vehículos de motor, rugby, espeleología, toreo, encierro de reses y cualquier otra actividad de riesgo análogo.
 - m) La asistencia y los gastos médicos derivados de la participación directa del Asegurado en actos delictivos, alborotos, reyertas o riñas, salvo que hubiera actuado en legítima defensa.
 - n) La asistencia médica y los gastos derivados de:
 - Actos de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular; así como los derivados de actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, o durante el transcurso de huelgas legales.
 - Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz.
 - Conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.
 - Terremotos y maremotos, inundaciones extraordinarias (incluyendo los embates de mar), erupciones volcánicas, tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 120 km/h y los tornados).
 - Reacción o radiación nuclear o contaminación radioactiva.
 - Las epidemias declaradas oficialmente.
 - Hechos que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de “catástrofe o calamidad nacional”.
2. Estas exclusiones comprenden la enfermedad, accidente o hechos señalados, sus secuelas, complicaciones, reagudizaciones, tratamientos específicos y demás con-

secuencias, así como los siniestros causados por o a consecuencia de todos los supuestos indicados anteriormente.

Bases del Seguro

ARTÍCULO 5. DECLARACIONES PARA LA CONTRATACIÓN

1. La presente póliza se concierta con base en las declaraciones formuladas por el Tomador, que determinan la aceptación del riesgo por la Aseguradora y el cálculo de la prima correspondiente.

El Tomador tiene el deber, antes de la conclusión del contrato de declarar a la Aseguradora, de acuerdo con el cuestionario de salud que ésta le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo.

No obstante lo anterior, el Tomador quedará exonerado de tal deber de declaración si la Aseguradora no le somete cuestionario alguno o cuando, aún sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él.

Si el contenido de la póliza difiere de los datos reflejados en el cuestionario, en la solicitud, en la proposición de seguro o, en su caso, respecto a las cláusulas acordadas, el Tomador podrá reclamar a la Aseguradora en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la póliza para que se subsane la divergencia existente. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en la póliza.

2. Si el Tomador incurriera en reserva o inexactitud en sus declaraciones sobre circunstancias por él conocidas que pudieran influir en la valoración del riesgo, la Aseguradora podrá rescindir el contrato, mediante declaración dirigida al Tomador en el plazo de un mes, a contar desde el conocimiento de la reserva o inexactitud. Corresponderán a la Aseguradora, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte las primas relativas al período de seguro en curso en el momento en que haga esta declaración.

Si dicha reserva o inexactitud es imputable, exclusivamente, a uno de los Asegurados, la Aseguradora podrá resolver el contrato para ese Asegurado mediante comunicación dirigida al Tomador del seguro.

3. En el supuesto de indicación inexacta de la edad del Asegurado, la Aseguradora podrá resolver el contrato o resolverlo para ese Asegurado, de acuerdo con lo indicado en el apartado anterior, si la verdadera edad del Asegurado en el momento de la entrada en vigor del mismo es inferior o excede los límites de admisión establecidos por la Aseguradora.

No obstante lo anterior, si el Asegurado no declarase su verdadera edad, aún estando comprendida dentro de los límites de admisión establecidos por la Aseguradora, y la prima pagada fuese inferior a la que correspondería pagar, el Tomador estará obligado a satisfacer a la Aseguradora la diferencia existente entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera edad del Asegurado. Si, por el contrario, la prima pagada fuese superior a la que debería haberse abonado, la Aseguradora estará obligada a restituir el exceso de las primas percibidas sin intereses.

4. El Tomador también deberá comunicar a la Aseguradora el domicilio familiar y cualquier cambio de dicho domicilio durante la vigencia del contrato. Asimismo, el Asegurado ha de comunicar inmediatamente a la Aseguradora cuando cese su convivencia en el domicilio familiar.

ARTÍCULO 6. COMUNICACIONES DE LAS ALTAS Y BAJAS DE ASEGURADOS

1. El Asegurado causará baja en el seguro, extinguiéndose automáticamente sus coberturas, en el momento en que cese su convivencia en el domicilio familiar.

2. No obstante, dicho Asegurado podrá suscribir un nuevo contrato conservando su antigüedad, siempre que lo solicite en un plazo no superior a diez días a contar desde la fecha de la comunicación de la baja a la que se hace referencia en el párrafo anterior.

En caso de no cumplirse el anterior requisito, la contratación de un nuevo seguro no supondrá el mantenimiento de los derechos que el Asegurado hubiese adquirido por su antigüedad en la póliza hasta ese momento.

3. La baja de uno o varios Asegurados en la póliza por cualquier causa tendrá la consideración de modificación de las garantías pactadas, siendo de aplicación las normas establecidas en el artículo 10 siguiente.

4. Los hijos recién nacidos de madre o padre asegurado cuya alta en la póliza haya tomado efecto en un tiempo superior o igual a 8 meses de antelación al nacimiento, se incorporarán a la póliza con efecto de la fecha del nacimiento, con los mismos derechos que la madre o el padre asegurados hubiesen adquirido por su antigüedad en la póliza hasta ese momento, y siempre que en el plazo de 10 días hábiles desde el nacimiento se hubiera solicitado el alta en la póliza mediante la cumplimentación de la solicitud correspondiente.

En caso contrario, la admisión del recién nacido quedará sujeta al cumplimiento de las condiciones contractuales establecidas por la Aseguradora, pudiendo ser de aplicación las carencias pactadas en estas Condiciones Generales.

5. Si el recién nacido tuviese alguna enfermedad y/o malformación congénita la Aseguradora garantiza que será aceptada la solicitud de alta del recién nacido siempre y cuando el alta de la madre o el padre en la póliza tuviese una antigüedad superior a 8 meses antes del nacimiento.

6. En caso de que la Aseguradora acepte la inclusión en póliza del recién nacido, su alta en la póliza no surtirá efectos hasta que se haya emitido el correspondiente Suplemento y se haya abonado el primer recibo de prima.

Vigencia del Seguro

ARTÍCULO 7. COMIENZO DEL SEGURO

1. El seguro entrará en vigor en el día y hora indicados en las Condiciones Particulares de la póliza siempre que, salvo pacto en contrario, la Aseguradora haya cobrado el primer recibo de prima.

2. Será nulo el contrato si en el momento de su conclusión no existe el riesgo o ha ocurrido el siniestro.

ARTÍCULO 8. DURACIÓN Y EXTINCIÓN DEL SEGURO

1. El seguro se estipula por el período señalado en las Condiciones Particulares de la póliza, y a su vencimiento se prorrogará automáticamente por períodos anuales, salvo que alguna de la partes se oponga a la prórroga mediante notificación escrita a la otra, efectuada con un plazo de, al menos un mes de antelación a la conclusión del periodo en curso cuando quien se oponga a la prórroga sea el tomador, y de dos meses cuando sea el asegurador.

2. La cobertura del seguro cesará automáticamente desde la fecha de extinción de la póliza. Desde ese momento, el Asegurado no tendrá derecho a prestaciones ni reembolsos, aunque tengan su origen en enfermedades o accidentes anteriores a la fecha de extinción.

ARTÍCULO 9. CONTRATACIÓN A DISTANCIA DEL SEGURO

1. En caso de contratación a distancia, se aplicará lo dispuesto en este artículo. Se considera que existe contratación de un seguro a distancia cuando para su negociación y celebración se utiliza exclusivamente una técnica de comunicación a distancia, sin presencia física y simultánea de la Aseguradora y el cliente, consistente en la utilización de medios telemáticos, electrónicos, telefónicos, fax u otros similares.

En caso de contratación a distancia, el seguro entrará en vigor a las 0 horas del día siguiente a aquél en que el Tomador haya prestado su consentimiento, salvo que, por acuerdo expreso, se concierte otra fecha. En todo caso, la fecha de efecto quedará reflejada en las Condiciones Particulares de la póliza.

2. Sin perjuicio de lo indicado en los párrafos anteriores, el contrato y sus modificaciones o adiciones deberán ser formalizadas por escrito. La Aseguradora está obligada a entregar al Tomador del seguro la póliza. El Tomador deberá devolver a la Aseguradora un ejemplar firmado de las Condiciones Particulares de la póliza, así como la documentación acreditativa de las circunstancias que configuren el riesgo.

3. El Tomador, cuando sea consumidor, esto es, persona física que actúe con un propósito ajeno a una actividad comercial o profesional propia, dispondrá de un plazo de 14 días naturales para desistir del contrato a distancia, sin indicación de los motivos y sin penalización alguna, siempre que no haya ocurrido el siniestro.

Dicho plazo se contará desde el día de la celebración del contrato o desde la fecha en que la Aseguradora le entregue la póliza.

El Tomador habrá de comunicarlo a la Aseguradora por un procedimiento que permita dejar constancia de la notificación de cualquier modo admitido en Derecho y estará obligado a pagar la prima correspondiente hasta el momento del desistimiento. En caso de que la prima hubiera sido cobrada, la Aseguradora reembolsará al Tomador, dentro de un plazo máximo de 30 días naturales, dicho importe, salvo la parte correspondiente al período de tiempo en que el contrato hubiera tenido vigencia hasta el momento del desistimiento.

ARTÍCULO 10. MODIFICACIÓN DE LAS GARANTÍAS PACTADAS

Cualquiera de las partes que desee modificar las garantías pactadas para el siguiente período de seguro deberá comunicarlo a la otra con anterioridad al vencimiento del mismo. En todo caso, el asegurador deberá efectuar dicha comunicación al tomador, al menos, con dos meses de antelación a la conclusión del periodo en curso, para que el tomador pueda oponerse a la prórroga del contrato, al menos, con un mes de anticipación a dicho periodo. **Si la parte notificada no manifiesta su oposición mediante notificación escrita a la otra, se entenderá que lo acepta y surtirá efectos en el siguiente periodo de seguro; y si contesta negativamente, podrá rescindirse la póliza a partir de dicho vencimiento.**

Primas

ARTÍCULO 11. IMPORTE DE LA PRIMA, PAGO DE LA MISMA Y EFECTOS DE SU IMPAGO

1. NORMA GENERAL

El Tomador del seguro está obligado al pago de la prima de acuerdo con las Condiciones Generales y Particulares de la póliza.

La prima es indivisible y se debe y corresponde al Asegurador por entero durante todo el período de duración del contrato pactado, aun en el caso de que se haya acordado el fraccionamiento del pago. En caso de extinción del contrato antes de la fecha de vencimiento pactada, o de cualquiera de sus prórrogas, el Asegurador no está obligado a reintegrar al Tomador cantidad alguna correspondiente a la prima que haya sido satisfecha íntegramente, salvo en los supuestos legalmente previstos.

2. PRIMA INICIAL

- a) La prima inicial es la que se fija en las Condiciones Particulares y corresponde al período inicial de cobertura señalado en las mismas.
- b) **Si por culpa del Tomador del seguro la prima no ha sido pagada una vez firmado el contrato o la prima única no lo ha sido a su vencimiento, la Aseguradora tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima debida en vía ejecutiva.**
- b) **Salvo pacto expreso en contrario, si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, la Aseguradora quedará liberada de su obligación.**

3. PRIMAS SUCESIVAS

- a) Para el caso de prórroga tácita del contrato, la prima de los períodos sucesivos será la que resulte de aplicar las tarifas de prima que tenga establecidas la Aseguradora en cada momento, fundadas en criterios técnico-actuariales teniendo en cuenta las

edades de los Asegurados, el historial de siniestralidad registrado en los períodos de seguro precedentes y las garantías contratadas, además de, las causas de agravación o disminución del riesgo que se hubieran producido conforme a los artículos 16 y 17 de estas Condiciones Generales.

- b) La Aseguradora, al menos 2 meses antes del vencimiento del contrato, comunicará al Tomador del seguro el importe de la prima para el nuevo período de cobertura, mediante envío del oportuno aviso de cobro del recibo correspondiente en el domicilio declarado a tal fin o, en su defecto, en el domicilio habitual del Tomador, conforme a lo establecido en el artículo 20 de estas Condiciones Generales para las comunicaciones.
- c) La falta de pago de una de las primas sucesivas dará lugar a que la cobertura quede suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si se produjera un siniestro durante el transcurso de ese mes, la Aseguradora podrá deducir del importe a indemnizar el de la prima adeudada para el período en curso.

Si la Aseguradora no reclama el pago pendiente de la prima dentro de los 6 meses siguientes a su vencimiento, el contrato quedará extinguido de forma automática.

ARTÍCULO 12. PAGO A TRAVÉS DE ENTIDAD BANCARIA

Si se pacta como forma de pago la domiciliación bancaria de los recibos de prima, el Tomador del seguro entregará a la Aseguradora carta dirigida al Banco, Caja de Ahorros o Cooperativa de Crédito que designe, dando la orden correspondiente, y serán de aplicación, además de las contenidas en este capítulo, las normas siguientes:

1. Primera prima

La prima se entenderá satisfecha desde el día del efecto de la póliza, salvo que, intentado el cobro dentro del plazo de un mes a partir de dicho efecto, la Entidad bancaria designada devolviera el recibo impagado. En tal caso, la Aseguradora notificará por escrito al Tomador del seguro el impago producido indicándole que tiene el recibo en el domicilio de la Aseguradora durante 15 días para su pago. **Transcurrido este plazo sin que la prima hubiera sido satisfecha, el contrato quedará resuelto.**

2. Primas sucesivas

Si la Entidad bancaria devolviera el recibo impagado, la Aseguradora notificará el impago al Tomador del seguro indicándole que tiene el recibo en el domicilio de ésta para su pago. **El seguro quedará en suspenso si no se realiza el pago dentro del mes siguiente al día del vencimiento del seguro.**

No se otorgarán prestaciones ni serán asumidos los siniestros que se produzcan cuando la cobertura del seguro esté suspendida.

ARTÍCULO 13. PAGO DURANTE LA SUSPENSIÓN DEL SEGURO

Si el contrato no hubiera sido resuelto o extinguido conforme a los artículos anteriores, la cobertura volverá a tener efecto a las 24 horas del día en que el Tomador del seguro pague la prima.

ARTÍCULO 14. FRACCIONAMIENTO DEL PAGO

1. Podrá pactarse el fraccionamiento del pago de la prima anual, en los plazos y de acuerdo con las estipulaciones que se establezcan en las Condiciones Particulares del contrato y, en su caso, en el Certificado Individual del Seguro.
2. Si el Tomador del Seguro no pagase uno de los recibos en que se hubiese fraccionado el pago de la prima, la Compañía puede exigir al Tomador el pago de todos los recibos pendientes de vencimiento, pago que habrá de hacerse efectivo en el plazo máximo de los 30 días siguientes a aquel en el que el Tomador recibió la notificación de la Compañía por medios fehacientes; de no producirse el pago, el seguro quedará en suspenso un mes después del día del vencimiento de la primera fracción de prima impagada.
3. Sin perjuicio de lo dispuesto en el apartado precedente y en tanto no se haya producido la suspensión de la cobertura, **en caso de siniestro, la Compañía podrá deducir en la indemnización el importe de las fracciones de primas vencidas y no satisfechas por el Tomador del Seguro.**

ARTÍCULO 15. JUSTIFICACIÓN DEL PAGO

1. La Aseguradora queda obligada por los recibos librados por la Dirección o por sus representantes legalmente autorizados, así como por los justificantes emitidos por la Entidad bancaria en que haya domiciliado el pago el Tomador del seguro.
2. El pago de los recibos de prima efectuado al agente de seguros que medie o haya mediado en el contrato surtirá los mismos efectos que si se hubiera realizado directamente a la Aseguradora.

Modificaciones en el riesgo

ARTÍCULO 16. AGRAVACIÓN DEL RIESGO

1. El Tomador del seguro o el Asegurado deberán comunicar a la Aseguradora las circunstancias que agraven el riesgo aceptado por la Aseguradora y que, de ser conocidas por ésta en el momento de la perfección del contrato, no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas.
2. La agravación del riesgo podrá o no ser aceptada por la Aseguradora y se aplicarán las normas siguientes:
 - a) En caso de aceptación, la Aseguradora propondrá al Tomador la modificación correspondiente del contrato, en el plazo de 2 meses a contar desde el momento en que la agravación le haya sido comunicada. El Tomador dispone de 15 días desde la recep-

ción de esa proposición para aceptarla o rechazarla. En caso de rechazo o de silencio por su parte, la Aseguradora puede, transcurrido dicho plazo, rescindir el contrato previa advertencia al Tomador, concediéndole para que conteste un nuevo plazo de 15 días transcurridos los cuales dentro de los 8 siguientes comunicará la rescisión definitiva del contrato de seguro.

- b) Si la Aseguradora no acepta la modificación del riesgo, podrá rescindir el contrato, comunicándolo al Tomador dentro del plazo de un mes, a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación.**
- c) En el caso de que el Tomador no haya comunicado la agravación del riesgo y sobreviniera un siniestro, la Aseguradora quedará liberada de su prestación si el Tomador hubiera actuado con mala fe.**

ARTÍCULO 17. DISMINUCIÓN DEL RIESGO

El Tomador del seguro podrá poner en conocimiento de la Aseguradora las circunstancias que disminuyan el riesgo y que si hubieran sido conocidas por aquélla en el momento de la perfección del contrato lo habría concluido en condiciones más favorables. En tal caso, al finalizar el período en curso, la Aseguradora deberá reducir el importe de la prima futura en la proporción correspondiente, teniendo derecho el Tomador en caso contrario a la resolución del contrato, a la devolución de la diferencia entre la prima satisfecha y la que le hubiera correspondido pagar desde el momento de la puesta en conocimiento de la disminución del riesgo.

Siniestros

ARTÍCULO 18. ACTUACIÓN EN CASO DE SINIESTRO

El Tomador del seguro o, en su caso, el Asegurado están obligados a:

- a) Emplear los medios a su alcance para aminorar las consecuencias del siniestro.
- b) Comunicar a la Aseguradora la ocurrencia del siniestro lo antes posible, y como máximo dentro de los 7 días siguientes de haberlo conocido, salvo que se fije uno más amplio en las Condiciones Particulares de la póliza.

Esta notificación en las garantías de asistencia médica en España, puede hacerse por teléfono a los números recogidos en la Guía de Asistencia Médica Primaria y Odontológica y en la Guía de Asistencia Médica Especializada elaborada por la Aseguradora.

No obstante, para las garantías de decesos la notificación del siniestro deberá realizarse al número de teléfono 902 25 11 77 o en cualquiera de las oficinas de la Aseguradora.

Para la garantía de asistencia en viaje urgente en el extranjero la notificación del siniestro deberá realizarse al número de teléfono (34) 91 581 67 17, indicando los datos identificativos del Asegurado o del Beneficiario, el número de póliza, el lugar donde se encuentre y el servicio que precisa.

La declaración del siniestro **deberá ser ratificada por escrito cuando la Aseguradora lo considere necesario** para una correcta tramitación del siniestro.

- c) Facilitar a la Aseguradora toda clase de documentación e informaciones sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro y la salud del Asegurado, **incluso referida a fechas anteriores a la ocurrencia del mismo.**

El incumplimiento de este deber de información dará lugar a la pérdida del derecho a la prestación o reembolso en el supuesto de que hubiese concurrido dolo o culpa grave.

- d) Autorizar a los Servicios Concertados para que faciliten a la Aseguradora cuanta información necesite respecto al siniestro y sus circunstancias.
- e) Antes de concertar la asistencia sanitaria en España confirmar con el establecimiento sanitario que sea un Servicio Concertado. Dicha información actualizada puede ser facilitada en el teléfono 902 20 40 60 o en la web www.mapfre.com.
- f) Presentar en cada Servicio Concertado, para recibir la asistencia sanitaria solicitada, la tarjeta sanitaria expedida por la Aseguradora que le identifica como Asegurado de MAPFRE ESPAÑA. Si el Servicio Concertado lo considera conveniente podrá exigir, además, la exhibición del documento nacional de identidad, pasaporte o tarjeta de residencia.

En caso de menores de edad o incapacitados, la identificación se realizará por tutor o representante legal.

- g) Aportar el informe médico del servicio de urgencias, cuando haya precisado una asistencia de carácter urgente.
- h) Aportar el informe médico del servicio de urgencias o, en su caso, el parte de accidente, atestado y diligencias judiciales si el siniestro deriva de un accidente.

Asimismo, si el siniestro deriva de una enfermedad profesional, el Asegurado deberá aportar un informe médico en el que se consigne expresamente dicha circunstancia.

- i) Transmitir a la Aseguradora, en el plazo más breve posible, cualquier notificación judicial, extrajudicial o administrativa que llegue a su conocimiento y esté relacionada con el siniestro.

ARTÍCULO 19. SUBROGACIÓN DE LA ASEGURADORA

1. La Aseguradora, una vez prestada la asistencia, podrá ejercitar los derechos y acciones que por razón del siniestro correspondan al Asegurado frente a las personas responsables del mismo, sin que tal derecho pueda ejercitarse en perjuicio del Asegurado.

2. El Asegurado será responsable de los perjuicios que, con sus actos u omisiones, pueda causar a la Aseguradora en el derecho de subrogación aquí regulado.

3. La Aseguradora no tendrá derecho a la subrogación contra ninguna de las personas cuyos actos u omisiones den origen a responsabilidad del Asegurado, de acuerdo con la ley, ni contra el causante del siniestro que sea, respecto del Asegurado, pariente en línea directa o colateral dentro del tercer grado civil de consanguinidad, padre adoptante o hijo adoptivo que convivan con el Asegurado. Esta norma no tendrá efecto si la responsabili-

Comunicaciones - Prescripción y Jurisdicción

dad proviene de dolo o está amparada mediante un contrato de seguro. En este último supuesto, la subrogación estará limitada en su alcance de acuerdo con los términos de dicho contrato.

Comunicaciones

ARTÍCULO 20. CONDICIONES PARA SU VALIDEZ

1. Las comunicaciones del Tomador del Seguro, del Asegurado o del Beneficiario sólo se considerarán válidas si han sido dirigidas por escrito a la Aseguradora.

En caso de contratación a distancia, cuando el contrato se haya perfeccionado por el consentimiento de las partes manifestado de forma verbal, las comunicaciones relativas a las declaraciones de los factores de riesgo y demás datos necesarios para la suscripción y emisión de la póliza o sus suplementos se harán verbalmente.

Las partes se autorizan mutuamente a grabar las conversaciones telefónicas que se mantengan a tales efectos.

2. Todas las comunicaciones entre el Tomador, Asegurado o Beneficiario y la Aseguradora que puedan efectuarse por razón de esta Póliza, podrán realizarse y serán válidas, además de por carta, por cualquier otro medio escrito, incluido correo electrónico, SMS, o fax, en la dirección que tanto la Aseguradora como el Tomador hubieran facilitado, ya sea al contratar la Póliza o en un momento posterior, debiendo el Tomador comunicar a la Aseguradora, tan pronto como sea posible, cualquier cambio del domicilio, teléfono, fax o dirección de correo electrónico facilitado.

3. Las comunicaciones efectuadas a la Aseguradora por un corredor de seguros, en nombre del Tomador del seguro, surtirán los mismos efectos que si las realizase éste, salvo expresa indicación en contrario por su parte.

Prescripción y Jurisdicción

ARTÍCULO 21. PRESCRIPCIÓN

Las acciones que se deriven de este contrato prescribirán en el término de 5 años. El plazo de prescripción comenzará a contar desde la fecha en que las acciones puedan ejercitarse.

ARTÍCULO 22. RECLAMACIONES Y JURISDICCIÓN.

1. El presente contrato queda sometido a la jurisdicción española y, dentro de ella, será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del mismo el del domicilio del Asegurado, a cuyo efecto éste designará uno en España si estuviese domiciliado en el extranjero.

Conforme a la normativa establecida para la protección de los usuarios de los servicios financieros en el caso de que se suscite controversia en la interpretación o ejecución del presente contrato de seguro, el Tomador del seguro, el Asegurado, los Beneficiarios y los terceros perjudicados o sus derechohabientes, podrán formular reclamación

mediante escrito dirigido a la Dirección de Reclamaciones de MAPFRE por carta (Apartado de correos 281-28220 Majadahonda, Madrid) o por correo electrónico (reclamaciones@mapfre.com), de conformidad con el Reglamento para la solución de conflictos entre las sociedades del Grupo MAPFRE y los usuarios de sus servicios financieros, que puede consultarse en la página web “mapfre.es”, y a las normas de actuación que lo resumen y que se facilitan al Tomador junto con este contrato.

3. Asimismo, podrán formular reclamaciones y quejas los clientes de la Aseguradora, así como sus derechohabientes, en relación con la actuación de sus agentes de seguros y operadores de bancaseguros, de conformidad con el Reglamento y el procedimiento antes citados.

4. La reclamación podrá realizarse en soporte papel o por medios informáticos, electrónicos o telemáticos, conforme a lo previsto en la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de Firma Electrónica y en el teléfono 900 205 009.

5. Desestimada dicha reclamación o transcurrido el plazo de dos meses a contar desde la fecha en que el reclamante la haya presentado, podrá éste formular reclamación ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (Paseo de la Castellana 44, 28046, Madrid; correo electrónico: reclamaciones.seguros@mineco.es, Oficina virtual: oficinavirtual.dgsfp@mineco.es).

6. Sólo con la expresa conformidad de las partes, podrán someterse las diferencias derivadas de la interpretación y cumplimiento de este contrato al juicio de mediadores o árbitros, de acuerdo con la legislación vigente.

Coberturas

Estarán aseguradas las coberturas, de entre las indicadas en los artículos siguientes, que estén expresamente pactadas en las Condiciones Particulares.

COBERTURAS DE ASISTENCIA MÉDICA EN ESPAÑA

En las garantías descritas a continuación, la Aseguradora cubrirá la asistencia médica que precise el Asegurado, derivada de una enfermedad o accidente cubiertos por la póliza, a través de sus Servicios Concertados en el territorio nacional incluidos en la Guía de Asistencia Médica Primaria y Odontológica y en la Guía de Asistencia Médica Especializada.

La Aseguradora no cubrirá la asistencia médica derivada de garantías no contratadas en la póliza, quedando facultada para reclamar al Asegurado los gastos de las asistencias médicas recibidas no incluidas dentro de las garantías contratadas.

En cualquier caso, para todas las garantías incluidas en este capítulo, la Aseguradora no concederá indemnizaciones en metálico en sustitución de la prestación de los servicios de asistencia médica descritos a continuación.

ARTÍCULO 23. GARANTÍA DE ASISTENCIA MÉDICA PRIMARIA

23.1. ALCANCE DE LA GARANTÍA

1. Se cubre la asistencia médica en la consulta del facultativo y/o en el domicilio del Asegurado designado en la póliza, derivada de una enfermedad o accidente, a través de los Servicios Concertados incluidos en la Guía de Asistencia Médica Primaria y Odontológica vigente.

2. Los servicios incluidos en esta garantía son los siguientes:

- a) Medicina general.
- b) Pediatría y Puericultura: comprende la asistencia a niños de hasta 14 años de edad, así como el programa de medicina preventiva denominado “Programa del Niño Sano” dirigido fundamentalmente a todos los niños desde su nacimiento hasta los 11 años de edad. El Programa del Niño Sano incluye:
 - Entrega de un documento de salud infantil para el seguimiento de la salud del niño.
 - Exploración neonatal y detección precoz de anomalías.
 - Exámenes periódicos de salud para el control de la nutrición y el desarrollo psico-físico.
 - Vacunaciones según el calendario oficial.
 - Registro de incidencias y enfermedades detectadas.
 - Asesoramiento y consejos sobre salud infantil.
- c) Medios de diagnóstico: comprende la realización de análisis clínicos básicos (**exclusivamente: hematología, bioquímica y determinaciones hormonales simples**) y radiología convencional sin contraste.
- d) Enfermería.
- e) Atención de urgencias domiciliarias y ambulatorias.

23.2. CONDICIONES PARA SU VALIDEZ

1. Si la asistencia es en consulta, el Asegurado podrá acudir a cualquier Servicio Concertado de los que figuran en la Guía de Asistencia Médica Primaria y Odontológica vigente, siendo de su cuenta los gastos de traslado o desplazamiento si acude a un Servicio Concertado fuera de su localidad de residencia habitual.

En cualquier caso, antes de recibir la asistencia médica solicitada, el Asegurado deberá identificarse en los Servicios Concertados, mediante la exhibición de la tarjeta sanitaria expedida por la Aseguradora.

2. La asistencia en el domicilio del Asegurado sólo procederá cuando a criterio del facultativo, el enfermo no pueda desplazarse, por razón de la enfermedad o accidente que padezca, previa prescripción médica.

En cualquier caso el servicio de medios de diagnóstico sólo se prestará en los Servicios Concertados incluidos en la Guía de Asistencia Médica Primaria y Odontológica vigente.

3. Los servicios de medios de diagnóstico y enfermería requerirán la prescripción escrita de un facultativo de medicina general de los que figuran en la Guía de Asistencia Médica Primaria y Odontológica vigente. Además, la prescripción referida al servicio de enfermería deberá indicar si la asistencia que precisa el Asegurado es en consulta o en su domicilio.

4. La asistencia urgente en el domicilio del Asegurado, y en los casos de ausencia temporal del mismo, será solicitada a través del servicio telefónico de urgencias de la Aseguradora.

5. Si el Asegurado precisara asistencia urgente en un centro sanitario, podrá acudir a cualquiera de los centros médicos de urgencias que figuran en la Guía de Asistencia Médica Primaria y Odontológica vigente. En caso de duda, el Asegurado deberá contactar con el servicio telefónico de urgencias de la Aseguradora.

6. El Asegurado abonará por cada asistencia médica el importe que en concepto de “co-pago” o participación en el coste de los servicios médicos figura en las Condiciones Particulares de la póliza.

Estos importes serán revisados por la Aseguradora en cada anualidad en función de las variaciones que sufran los costes asistenciales.

23.3. EXCLUSIONES

Además de los riesgos excluidos en el artículo 4, la presente garantía no cubre:

- a) La asistencia médica no incluida en la Guía de Asistencia Médica Primaria y Odontológica vigente, aún cuando dicha asistencia haya sido prestada o pagada por alguno o algunos de los Servicios Concertados incluidos en dicha guía y, aún cuando sean consecuencia de complicaciones que deriven de la realización de prestaciones cubiertas por la póliza.
- b) Los productos o aparatos utilizados en la asistencia en consulta o a domicilio, como pueden ser, a título meramente enunciativo y no limitativo: los productos farmacéuticos, vacunas, jeringuillas, y los aparatos ortopédicos, así como, en general, cualquier producto utilizado con fines sociales.

Se considera como aparato ortopédico, a estos efectos, las sillas de ruedas, camas ortopédicas, colchones antiescaras, empapadores, corsés ortopédicos, collarines cervicales, bastones de apoyo, aparatos de rehabilitación pasiva, así como los gastos de mantenimiento y reparación de los mismos.

ARTÍCULO 24. GARANTÍA DE ASISTENCIA MÉDICA ESPECIALIZADA

24.1 ALCANCE DE LA GARANTÍA

Se cubre la asistencia médica que precise el Asegurado como consecuencia de una enfermedad o accidente, en consulta o en régimen hospitalario (en este último caso, siempre y cuando el Asegurado no requiera ingreso con pernocta), de las prestaciones, según su

especialidad, incluidas en la Guía de Asistencia Médica Especializada vigente, a través de los Servicios Concertados incluidos en dicha guía.

24.2. CONDICIONES PARA SU VALIDEZ

1. El Asegurado podrá acudir a cualquier Servicio Concertado de los que figuran en la Guía de Asistencia Médica Especializada, siendo de su cuenta los gastos de traslado o desplazamiento cuando acuda a otros Servicios Concertados fuera de su localidad de residencia.
2. En cualquier caso, antes de recibir la asistencia médica solicitada, el Asegurado deberá identificarse en los Servicios Concertados, mediante la exhibición de la tarjeta sanitaria expedida por la Aseguradora.
3. **El Asegurado abonará directamente al Servicio Concertado la asistencia médica prestada, por importe que no deberá superar los precios máximos pactados en el “Listado de Precios Concertados Máximos” de la Guía de Asistencia Médica Especializada vigente.**

Estos precios serán revisados por la Aseguradora en cada anualidad en función de las variaciones que sufran los costes asistenciales.

24.3. EXCLUSIONES

Además de los riesgos excluidos en el artículo 4, la presente garantía no cubre:

- a) **La asistencia médica no incluida en la Guía de Asistencia Médica Especializada vigente, aún cuando dicha asistencia haya sido prestada o pautada por alguno o algunos de los Servicios Concertados incluidos en dicha guía y, aún cuando sean consecuencia de complicaciones que deriven de la realización de prestaciones cubiertas por la póliza.**
- b) **Los productos o aparatos utilizados en la asistencia especializada ambulatoria, como pueden ser, a título meramente enunciativo y no limitativo: los productos farmacéuticos, vacunas, jeringuillas, órtesis, prótesis, implantes, miembros u órganos artificiales, aparatos ortopédicos, así como, en general, cualquier producto utilizado con fines sociales.**

Se considera como aparato ortopédico, a estos efectos, las sillas de ruedas, camas ortopédicas, colchones antiescaras, empapadores, corsés ortopédicos, collarines cervicales, bastones de apoyo, aparatos de rehabilitación pasiva, así como los gastos de mantenimiento y reparación de los mismos.

ARTÍCULO 25. GARANTÍA BUCODENTAL

25.1. ALCANCE DE LA GARANTÍA

Se cubre la asistencia médica odontológica ambulatoria que precise el Asegurado a través de los Servicios Concertados por la Aseguradora, incluidos en la Guía de Asistencia Médica Primaria y Odontológica, de acuerdo con lo pactado en el llamado “Suplemento Odontológico” que se entrega al Asegurado junto con la póliza.

25.2. CONDICIONES PARA SU VALIDEZ

1. El Asegurado podrá acudir a cualquier Servicio Concertado de los que figuran en la Guía de Asistencia Médica Primaria y Odontológica, siendo de su cuenta los gastos de traslado o desplazamiento si acude a un Servicio Concertado fuera de su localidad de residencia habitual.

2. En cualquier caso, antes de recibir la asistencia médica solicitada, el Asegurado deberá identificarse en los Servicios Concertados, mediante la exhibición de la tarjeta sanitaria expedida por la Aseguradora.

3. El Asegurado abonará directamente al Servicio Concertado la asistencia médica prestada, por importe que no deberá superar el importe de las franquicias pactadas en el “Suplemento Odontológico”. En caso de traslado o desplazamiento a otra localidad distinta de la residencia habitual, el Asegurado deberá abonar el importe de las franquicias correspondientes a la provincia de prestación de la asistencia.

25.3. EXCLUSIONES

Además de los riesgos excluidos en el artículo 4, la presente garantía no cubre:

- a) La asistencia odontológica no incluida en el Suplemento Odontológico, aún cuando dicha asistencia haya sido prestada o pautada por alguno o algunos de los Servicios Concertados incluidos en la Guía de Asistencia Médica Primaria y Odontológica, y aún cuando sea consecuencia de complicaciones que deriven de la realización de actos médicos incluidos en dicho Suplemento.
- b) La asistencia odontológica prestada por médicos, centros o servicios no incluidos en la Guía de Asistencia Médica Primaria y Odontológica, aún cuando dicha asistencia haya sido prescrita por alguno o algunos de los Servicios Concertados incluidos en la misma; así como los gastos médicos hospitalarios y de cualquier índole derivados de la asistencia que los médicos, centros o servicios no incluidos en la Guía pudieran prescribir.
- c) La asistencia hospitalaria y la asistencia médica prestada por especialistas en cirugía maxilofacial, anestesia y reanimación, la cual, en caso de ser necesaria, deberá realizarse en los términos y condiciones pactados para la Garantía de Asistencia Médica Especializada.

ARTÍCULO 26. GARANTÍA DE SEGUNDO DIAGNÓSTICO

26.1. ALCANCE DE LA GARANTÍA

1. Mediante esta garantía el Asegurado podrá obtener un segundo diagnóstico con un especialista o centro hospitalario acreditado a nivel mundial con el fin de confirmar un diagnóstico o diferentes alternativas terapéuticas según la relevancia de la patología a tratar.

26.2. CONDICIONES PARA SU VALIDEZ

La prestación de esta garantía se realizará de la siguiente forma:

1. La solicitud del segundo diagnóstico deberá efectuarse por el facultativo que haya elegido el Asegurado para el tratamiento de su enfermedad de entre los incluidos en la Guía de Asistencia Médica Especializada.
2. Dicho facultativo contactará con la Aseguradora al objeto de evaluar el cuadro clínico del Asegurado y elegir el especialista o centro sanitario a nivel internacional que tenga más experiencia en su patología.
3. El facultativo confeccionará el expediente clínico del Asegurado de acuerdo con la información y documentación facilitada por éste y otros médicos concertados por la Aseguradora que le estuvieran tratando. Dicho expediente se hará llegar, a través de la Aseguradora, al especialista o centro elegido como el más idóneo para la emisión del segundo diagnóstico.
4. El Departamento Médico de la Aseguradora remitirá al facultativo, con la debida confidencialidad, la respuesta a la consulta realizada, el cual comunicará al Asegurado los resultados de la misma.
5. **Será requisito indispensable que el Asegurado otorgue a la Aseguradora su consentimiento expreso e inequívoco para recabar la documentación necesaria y remitir la misma al facultativo o centro al que se haga la solicitud del segundo diagnóstico.**
6. **La Aseguradora no pagará o reembolsará importe alguno que el Asegurado haya satisfecho o adelantado al Servicio Concertado.**

COBERTURAS DE DECESOS

ARTÍCULO 27. PERÍODOS DE CARENCIA.

Las coberturas de decesos entrarán en vigor una vez que haya tomado efecto el contrato de seguro, excepto en la Garantía de Reembolso de Gastos derivados de la Repatriación del Asegurado Fallecido, en la que será necesario que hayan transcurrido 6 meses desde la fecha de alta del Asegurado en la póliza, si el fallecimiento tiene su causa en una enfermedad. Si dicha causa es un accidente, no se aplicará período de carencia alguno.

ARTÍCULO 28. GARANTÍA DE REEMBOLSO DE GASTOS DERIVADOS DE LA REPATRIACIÓN DEL ASEGURADO FALLECIDO

28.1. ALCANCE DE LA GARANTÍA

1. Se cubre el reembolso de los gastos devengados como consecuencia de la repatriación del Asegurado fallecido, ya sea por enfermedad o accidente, desde el país de fallecimiento hasta el de inhumación, cremación o celebración de la ceremonia funeraria y, hasta el límite económico máximo fijado en las Condiciones Particulares de la póliza.

28.2. CONDICIONES PARA SU VALIDEZ

El solicitante del reembolso deberá presentar la siguiente documentación:

1. Impreso de solicitud del reembolso debidamente cumplimentado.
2. Facturas originales de los gastos devengados como consecuencia de la repatriación, así como su justificante de pago.
3. Fotocopia del D.N.I., N.I.E., tarjeta de residencia o pasaporte del solicitante del reembolso.
4. Certificado de defunción expedido por el Registro Civil correspondiente o, en su defecto, certificado médico de defunción en el que necesariamente deberán constar los siguientes datos:
 - Identificación del fallecido.
 - Identificación del facultativo que expide el certificado, indicándose el número de colegiado.
 - Datación de la muerte, haciendo referencia a la hora y día en que se produjo el fallecimiento.
 - Causa inmediata del fallecimiento.
 - Causa fundamental, entendiendo por tal la lesión o enfermedad que inició las alteraciones que condujeron a la muerte.
 - **Si el óbito ocurriese fuera del territorio nacional, además de la anterior documentación deberá acompañarse la correspondiente traducción al castellano.**
5. A efectos de cobertura, no serán válidas las facturas que no cumplan con los requisitos establecidos por la legislación vigente ni las emitidas por cónyuges, hermanos, ascendientes y descendientes o familiares colaterales hasta el segundo grado.
6. Los gastos en moneda distinta al euro se abonarán en euros, calculándose el cambio de divisa según el cambio fijado por la autoridad monetaria oficial en España en la fecha en que se hubiesen abonado las facturas.

28.3. EXCLUSIONES

Además de las exclusiones genéricas del artículo 4, esta garantía no cubre el reembolso de los gastos devengados como consecuencia de la repatriación del Asegurado fallecido cuando el país de fallecimiento y el de inhumación, cremación o celebración de la ceremonia funeraria sea el mismo.

ARTÍCULO 29. GARANTÍA DE ASISTENCIA EN CASO DE FALLECIMIENTO

A) COORDINACIÓN DEL SERVICIO FUNERARIO EN ESPAÑA

29.1. ALCANCE DE LA GARANTÍA

1. La Aseguradora se compromete a poner a disposición de los familiares del Asegurado fallecido, el personal necesario para organizar, coordinar y gestionar el sepelio del Asegurado fallecido en España.

29.2. CONDICIONES PARA SU VALIDEZ

1. El solicitante del servicio deberá contactar lo antes posible con la Aseguradora, a través del teléfono 24 horas 902 25 11 77 o bien en cualquiera de sus oficinas.
2. El solicitante deberá facilitar a la Aseguradora por escrito, si fuera necesario, cuanta información pueda requerir respecto a las circunstancias del fallecimiento.

B) TRAMITACIÓN DE DOCUMENTOS POR FALLECIMIENTO **EN ESPAÑA**

29.3. ALCANCE DE LA GARANTÍA

1. La Aseguradora gestionará y asumirá los gastos que como consecuencia del fallecimiento del Asegurado en territorio español, sean necesarios para la tramitación y obtención de la siguiente documentación en organismos situados en España:

1. Para pensiones y ayudas:

En general:

- Certificado de inscripción de la defunción.
- Libro de familia actualizado.

Viudedad:

- Declaración del fallecimiento del pensionista o certificado de empresa o impresos del régimen especial de autónomos, según el caso.
- Solicitud de pensión de viudedad.

Orfandad:

- Solicitud de la pensión de orfandad.

A favor de familiares, por hijo a cargo y/o auxilio por defunción:

- Certificado de convivencia del solicitante y demás beneficiarios.
- Impreso de solicitud correspondiente.

2. Para sucesiones:

Además de los indicados anteriormente:

- Certificado de últimas voluntades y los necesarios del Registro Civil (nacimiento del Asegurado, matrimonio, nacimiento de sus hijos u otros necesarios para la declaración de herederos).
- Partida de defunción original o fotocopia compulsada.
- Copia compulsada del testamento.

3. De carácter general:

- Baja del Asegurado fallecido como usuario del Sistema Público Sanitario y/o como pensionista del Instituto Nacional de la Seguridad Social o, si la competencia estuviese transferida, en el organismo correspondiente de la Comunidad Autónoma.

29.4. CONDICIONES PARA SU VALIDEZ

1. El solicitante del servicio deberá contactar lo antes posible con la Aseguradora, a través del teléfono 24 horas 902 25 11 77 o bien en cualquiera de sus oficinas.
2. En aquellos casos en los que sea obligada la presencia de los derechohabientes para la solicitud de algún documento, la actuación de la Aseguradora se limitará al asesoramiento para su obtención.
3. La gestión de esta documentación se realizará por profesionales designados por la Aseguradora o aceptados expresamente por ésta; en caso contrario, la responsabilidad de la Aseguradora queda limitada hasta un máximo de 60 euros.
3. La Aseguradora, no obstante, no hará frente a los gastos derivados de la intervención profesional de abogados, procuradores, notarios, registradores y gestorías.

COBERTURA DE ASISTENCIA URGENTE EN VIAJE EN EL EXTRANJERO

ARTÍCULO 30. ALCANCE DE LA COBERTURA

La Aseguradora cubre las prestaciones que se relacionan en este artículo cuando durante los primeros 90 días consecutivos de un viaje o desplazamiento del Asegurado en el extranjero se produzca un siniestro que le impida la continuación del viaje y que da derecho a alguna de las prestaciones de esta cobertura.

1. ASISTENCIA MÉDICA

1. Se cubre la asistencia médica que pueda precisar el Asegurado en viaje en el extranjero, con ocasión de un accidente o enfermedad sobrevenida repentinamente durante el viaje, a través de los centros u hospitales designados por la Aseguradora.
2. La asistencia médica comprende los gastos de hospitalización, los de las intervenciones quirúrgicas, honorarios médicos (incluidos los gastos de enfermería) y productos farmacéuticos prescritos por un facultativo **hasta un límite máximo de 12.000 euros**.
3. Los gastos médicos derivados de tratamientos de odontología se reembolsarán hasta un límite máximo de 120, 20 euros.
4. Esta prestación no será aplicable a los gastos sanitarios devengados en España, ni a los derivados de hechos previsibles al inicio del viaje, tales como partos a término y tratamientos o cuidados habituales de padecimientos crónicos (físicos o mentales).
5. En desplazamientos a países de la Unión Europea el Asegurado deberá llevar consigo la denominada "Tarjeta Sanitaria Europea" (TSE) que le permita recibir asistencia médica.
6. En desplazamientos a otros países con los que exista Convenio de Seguridad Social el Asegurado deberá llevar consigo el formulario correspondiente.

2. DESPLAZAMIENTO Y ALOJAMIENTO DE UN ACOMPAÑANTE DEL ASEGURADO HOSPITALIZADO

1. Si con ocasión de un accidente o una enfermedad sobrevenida repentinamente durante el viaje, el Asegurado precisara hospitalización continuada por tiempo superior a 5 días, la Aseguradora pondrá a disposición de un familiar o de un acompañante que el Asegurado designe, **un billete de ida y vuelta en avión (clase turista) o tren (clase preferente) desde territorio español hasta el lugar donde el Asegurado se encuentre hospitalizado.**

2. Asimismo, la Aseguradora cubrirá los gastos de alojamiento del familiar o del acompañante en el extranjero durante un máximo de 10 días con un límite de 45, 08 euros diarios.

3. PROLONGACIÓN DE LA ESTANCIA DEL ASEGURADO

1. Si el Asegurado por prescripción facultativa precisara prolongar su estancia en el extranjero para recibir asistencia médica, sin ingreso hospitalario, como consecuencia de un accidente o enfermedad sobrevenida repentinamente y no pudiera continuar su viaje por ello, **la Aseguradora se hará cargo de los gastos devengados durante su estancia para recibir tratamiento médico durante un máximo de 10 días con un límite de 45, 08 euros diarios.**

4. ENVÍO DE MEDICAMENTOS

1. La Aseguradora efectuará los trámites necesarios para gestionar el envío de los medicamentos que le sean prescritos al Asegurado durante el viaje, con ocasión de un accidente o enfermedad sobrevenida repentinamente, y siempre que no sea posible encontrarlos en dicho país ni ser sustituidos por otros de similar composición.

2. El Asegurado deberá entregar a la Aseguradora la prescripción del/os medicamento/s expedido/s por un médico legalmente reconocido.

3. Se excluye el coste de los medicamentos y los gastos y aranceles de aduana.

5. REPATRIACIÓN SANITARIA DEL ASEGURADO

1. Se cubre el transporte del Asegurado de viaje en el extranjero, con ocasión de un accidente o enfermedad sobrevenida repentinamente, hasta el centro hospitalario más próximo o hasta otro de su lugar de residencia habitual, en función de la gravedad de su estado de salud.

2. El Departamento médico de la Aseguradora mantendrá los contactos necesarios con el centro sanitario y los facultativos que atiendan a los lesionados para decidir, en función de la situación de urgencia o gravedad en la que se encuentre el Asegurado, a qué centro sanitario se realizará el traslado o si es necesaria la repatriación y los medios de transporte más idóneos.

3. Los medios de transporte cubiertos por esta garantía son: la ambulancia; el tren (coche-cama de clase preferente); el avión y el helicóptero sanitario.

4. En caso de accidente o enfermedad sobrevenida repentinamente en Europa y países ribereños del Mediterráneo, la Aseguradora podrá, además de los medios de

transporte indicados anteriormente, realizar la repatriación en avión o helicóptero sanitario.

5. Se excluye:

- a) la asistencia médica y los gastos devengados tras la renuncia, negativa o retraso del Asegurado o personas vinculadas a él para la realización del traslado propuesto por la Aseguradora, y
- b) la asistencia médica de las enfermedades o lesiones que puedan ser tratadas “in situ” que no impidan que el Asegurado pueda continuar o proseguir su viaje.

6. REPATRIACIÓN DEL ASEGURADO FALLECIDO

1. En caso de fallecimiento del Asegurado de viaje en el extranjero, la Aseguradora efectuará los trámites necesarios para su traslado y asumirá los gastos, incluidos los del fétetro, hasta el lugar de su inhumación en España.

2. Se excluyen los gastos de inhumación y otros *post mortem*.

7. TRANSPORTE DE UN ACOMPAÑANTE DEL ASEGURADO FALLECIDO

1. La Aseguradora pondrá a disposición de un familiar del Asegurado residente en España, **un billete de avión (clase turista) o de tren (clase preferente) de ida y vuelta, desde territorio español hasta el lugar del fallecimiento**, para la realización de los trámites previos al traslado del cadáver.

2. Se excluyen los gastos de inhumación y otros *post mortem*.

8. REPATRIACIÓN DE LOS ASEGURADOS ACOMPAÑANTES DEL ASEGURADO

1. En caso de fallecimiento, accidente o enfermedad sobrevenida repentinamente de uno de los Asegurados que impida la continuación del viaje, la Aseguradora se hará cargo del traslado de los demás Asegurados que le acompañen (**hasta un máximo de 6 personas**) y que hubieran contratado el viaje conjuntamente con el Asegurado, hasta el lugar donde aquél se encuentre hospitalizado y/o hasta su domicilio en España **y siempre que no puedan desplazarse con su propio medio de transporte o con el contratado para realizar el viaje**.

2. En caso de fallecimiento, accidente o enfermedad sobrevenida repentinamente de uno de los Asegurados que impida la continuación del viaje y alguno de los Asegurados que acompañen al Asegurado a que se ha hecho referencia en el apartado anterior es menor de 15 años o discapacitado físico o psíquico, la Aseguradora pondrá a su disposición a un asistente para que le atienda durante el viaje hasta el lugar donde el Asegurado se encuentre hospitalizado y/o hasta su domicilio en España.

9. INTERRUPCIÓN DEL VIAJE

1. Si el Asegurado se viera obligado a interrumpir su viaje como consecuencia del fallecimiento de un familiar, la Aseguradora pondrá a su disposición **un billete de ida en avión**

(clase turista) o de tren (clase preferente) hasta el lugar de su inhumación en España y siempre que no pueda desplazarse con su propio medio de transporte o con el contratado para realizar el viaje.

2. A efectos de esta garantía se considerarán familiares del Asegurado aquéllos hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad.

3. El Asegurado deberá entregar a la Aseguradora el certificado de defunción que acredite el fallecimiento que ha provocado la interrupción del viaje.

10. ENTREGA DE EFECTIVO EN EL EXTRANJERO

1. Si como consecuencia de accidente o enfermedad sobrevenida repentinamente, el Asegurado quedara sin recursos económicos y no tuviera medios para obtenerlos durante su viaje, la Aseguradora le enviará, **en concepto de préstamo sin interés**, la cantidad necesaria para hacer frente a sus necesidades urgentes y hasta un **máximo de 1.502, 53 euros o su equivalente en moneda local**.

2. El Asegurado se obliga a la devolución del importe percibido por este concepto, en cuanto regrese a su domicilio habitual y como máximo a los 60 días de la fecha en que recibió el dinero. Si transcurrido ese plazo no se hubiera efectuado la devolución del préstamo, **la Aseguradora podrá reclamarlo incrementando con el interés legal aplicable en el momento de su reclamación**.

ARTÍCULO 31. EXCLUSIONES DE LA COBERTURA

Además de los riesgos excluidos en el artículo 4, la presente cobertura no cubre:

- a) Las prestaciones que se soliciten por enfermedades preexistentes o cuando el viaje se haya realizado con objeto de recibir tratamiento médico o quirúrgico.
- b) Las prestaciones que se soliciten cuando al Asegurado le haya sido diagnosticada una enfermedad terminal antes del inicio del viaje.
- c) Cualquier servicio o asistencia médica que el Asegurado o sus acompañantes hayan concertado por su cuenta, sin la previa comunicación y consentimiento de la Aseguradora.
- d) La asistencia médica y los gastos derivados de la ingestión voluntaria de alcohol, drogas, sustancias tóxicas, narcóticos o por la ingesta de medicación sin prescripción médica.
- e) La asistencia médica y los gastos derivados de enfermedades mentales o cualesquiera desequilibrios psíquicos.
- f) La asistencia médica y los gastos derivados de la interrupción voluntaria del embarazo.
- g) Las revisiones médicas periódicas o preventivas.
- h) Los tratamientos de rehabilitación.
- i) El coste de las prótesis, material ortopédico u órtesis y material de osteosíntesis.

- j) Los accidentes laborales ocurridos durante la realización de las siguientes actividades:
- Trabajo en obras, andamios, 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.



Domicilio Social: Ctra. de Pozuelo, 50 - 28222 Majadahonda, Madrid
Teléfono: 902 20 40 60

mapfre.es