

I.-Introducción a la Póliza

I.1 Términos Aseguradores

ACCIDENTE

Lesión corporal sufrida por una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del asegurado cuyas consecuencias económicas dañosas estén cubiertas por la Póliza. El conjunto de los daños corporales derivados de una misma causa y producidos en el mismo tiempo, constituye un solo siniestro.

ACTO MÉDICO

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

ASEGURADO

Cada persona incluida en la Póliza y especificada en las Condiciones Particulares, con derecho a percibir las prestaciones del seguro, y que puede o no coincidir con la persona del Tomador.

ASISTENCIA SANITARIA

Acto de atender o cuidar la salud de una persona.

ASISTENCIA SANITARIA HOSPITALARIA / CON HOSPITALIZACIÓN

Es la asistencia prestada en un centro hospitalario en régimen de internamiento, con registro de entrada y permanencia del Asegurado como paciente, durante mínimo de 24 horas, para el tratamiento médico, diagnóstico, quirúrgico o terapéutico del mismo.

ASISTENCIA SANITARIA SIN HOSPITALIZACIÓN / AMBULANTE

Es la asistencia médica, diagnóstica, quirúrgica o terapéutica prestada en centros médicos, y/o hospitales sin hospitalización.

ASISTENCIA POR MOTIVOS DE TIPO SOCIO-FAMILIAR

Asistencia relacionada con una situación personal del Asegurado no derivada de una patología médica concreta y, por lo tanto, no susceptible de cobertura por la entidad aseguradora.

DIPLOMADO UNIVERSITARIO EN ENFERMERÍA (D.U.E.)

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

CARENCIA

Periodo de tiempo (computado por meses transcurridos a partir de la fecha de efecto de alta de cada Asegurado en la Póliza) durante el cual no entran en vigor algunas de las coberturas incluidas dentro de las garantías que recoja la misma.

COMPAÑÍA ASEGURADORA O ASEGURADORA

Sociedad que asume la cobertura de las modalidades especificadas en las Condiciones Particulares, en este caso, **Línea Directa Aseguradora, S.A., Compañía de Seguros y Reaseguros** (en adelante, "La Aseguradora").

CONSULTA

Acción y efecto de atender y examinar al médico a un enfermo, realizando las exploraciones habituales con o sin apoyo de otras pruebas de diagnóstico complementarias, para obtener un diagnóstico, un pronóstico y prescribir un tratamiento.

COPAGO

Participación del Asegurado en la cuantía del coste del acto médico o serie de actos, según el servicio médico requerido, recibido de los profesionales o centros que presten el mismo, y que se abonará directamente a **La Aseguradora**.

CUADRO DENTAL

Relación de profesionales y establecimientos dentales concertados por **La Aseguradora** a nivel nacional. En el Cuadro Dental se relacionan, los profesionales y establecimientos dentales concertados, los servicios de información y teléfonos de atención al Asegurado de todo el territorio nacional. **El Tomador/Asegurado ha sido informado previamente a la suscripción de la Póliza que los profesionales y los centros que integran el Cuadro Dental actúan con plena independencia de criterio, autonomía y exclusiva responsabilidad en el ámbito de la prestación odontológica que les es propia, circunstancia que reconoce y asume.**

El Cuadro Dental podrá ampliarse o modificarse en cualquier momento. En la página web y en la app de **La Aseguradora** encontrará en todo momento el Cuadro Dental actualizado.

CUADRO MÉDICO

Relación de profesionales y establecimientos sanitarios concertados por **La Aseguradora** a nivel nacional. En el Cuadro Médico se relaciona, los profesionales y establecimientos sanitarios concertados, los servicios de información y teléfonos de atención al Asegurado de todo el territorio nacional. **El Tomador/Asegurado ha sido informado, previamente a la suscripción de la Póliza, que los profesionales y los centros que integran el Cuadro Médico actúan con plena independencia de criterio, autonomía y**



exclusiva responsabilidad en el ámbito de la prestación sanitaria que les es propia, circunstancia que reconoce y asume.

El Cuadro Médico podrá ampliarse o modificarse en cualquier momento. En la página web y en la app de **La Aseguradora** se encontrará en todo momento el Cuadro Médico actualizado.

CUESTIONARIO DE SALUD

Declaración de salud realizada por el Tomador o Asegurado, firmada o validada telefónica o electrónicamente en un entorno seguro, antes de la formalización de la Póliza que sirve a La Aseguradora para la valoración del riesgo que es objeto del seguro.

DOLO

Acción u omisión cometida con fraude o engaño con la intención de producir un daño u obtener un beneficio afectando los intereses de **La Aseguradora** o un tercero.

ENFERMEDAD

Toda alteración de la salud del Asegurado no causada por un accidente, que sea diagnosticada por un Médico y haga preciso un tratamiento médico o quirúrgico.

ENFERMEDAD CONGÉNITA

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

ENFERMEDAD PRE-EXISTENTE

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

FECHA DE EFECTO

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

FRANQUICIA

Cuantía de los gastos médicos u hospitalarios no incluidos en la cobertura del seguro que conforme a lo establecido en las correspondientes garantías, son abonados por el propio Tomador o Asegurado al proveedor médico.

FRANQUICIA DENTAL

Importe que el Asegurado debe abonar al profesional o Centro Dental por los servicios odontológicos que, cubiertos por este seguro, utilice. Dicho importe vendrá fijado en el anexo de coberturas y franquicias que se integran en la Póliza.

Los servicios odontológicos, así como sus importes podrán ser modificados y/o actualizados

anualmente. **La Aseguradora** tendrá accesible en su web la información actualizada de coberturas y franquicias dentales.

HOSPITAL

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

HOSPITALIZACIÓN

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

HOSPITALIZACIÓN DE DÍA

El hecho de que una persona figura registrada como paciente y permanezca en aquellas unidades hospitalarias así denominadas específicamente para recibir un tratamiento concreto o por haber estado bajo la acción de anestesia, sin que ello suponga pernoctar y pudiendo o no realizar alguna de las comidas principales en dicha unidad hospitalaria.

HOSPITALIZACIÓN DE CARÁCTER SOCIO-FAMILIAR

Hospitalización relacionada con una situación personal del Asegurado no derivada de una patología médica concreta y por lo tanto no susceptible de cobertura por la Entidad Aseguradora.

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

Toda operación mediante incisión u otra vía de abordaje interno efectuada por un Médico y que requiere la utilización de un quirófano.

MÉDICO

Doctor o Licenciado en Medicina legalmente capacitado y autorizado para tratar médica o quirúrgicamente las enfermedades o lesiones.

MÉDICO ESPECIALISTA

Médico que dispone de la titulación necesaria para ejercer su profesión dentro de una de las especialidades médicas legalmente reconocidas.

PARTO

Se define como la salida de uno o más recién nacidos desde el interior de la cavidad uterina al exterior. El parto normal o a término es aquel que se produce entre la 37 y la 42 semanas desde la fecha

de la última menstruación. Los partos ocurridos antes de las 37 semanas se consideran partos prematuros y los que ocurren después de las 42 semanas se consideran partos post-término.

PÓLIZA O CONTRATO

Es el documento que contiene las condiciones reguladoras del seguro.

Forman parte integrante de la Póliza o Contrato:

- **Las Condiciones Generales**, que recogen el conjunto de cláusulas generales en la modalidad de garantía.
- **Las Condiciones Particulares** que individualizan el riesgo.
- **Los Suplementos, Apéndices o Actualizaciones** que se emitan a la Póliza para complementarla o modificarla.
- **Las Condiciones Especiales** que modifican las Generales.

PRESTACIÓN

Consiste en la cobertura de la asistencia sanitaria derivada del acaecimiento del siniestro en la forma establecida en las presentes Condiciones Generales.

PRIMA

Es el precio del seguro contratado y que el Tomador/Asegurado ha de satisfacer a **La Aseguradora** para que asuma el riesgo objeto de la cobertura del seguro. El importe de la misma, se calcula y actualiza anualmente en función de los factores que definen el riesgo soportado por **La Aseguradora**, teniendo en cuenta su historial de siniestralidad registrado en los precedentes periodos de seguro; las variaciones que se produzcan en los factores individuales de riesgo delimitados en las bases técnicas de la entidad, en función de los datos que nos ha facilitado en el cuestionario de contratación; la combinación de los mismos en base a modelos estadísticos; así como las variaciones en el índice de precios al consumo.

PRÓTESIS

Todo material que sustituye a un órgano o a una parte de él para lograr un buen funcionamiento de la parte u órgano sustituido o simplemente para mejorar el efecto estético.

PRUEBA DIAGNÓSTICA

Conjunto de medios de cualquier tipo, los cuales tendrán como finalidad primaria la identificación de una patología o enfermedad.

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS PRENATALES

Conjunto de medios que tienen como finalidad primaria el seguimiento del correcto desarrollo fetal.

REEMBOLSO

Es una modalidad que permite al Asegurado elegir libremente a los profesionales que precisa según su criterio, sin necesidad de recurrir a un Cuadro Médico concertado. El Asegurado pagará el servicio sanitario recibido y **La Aseguradora** reembolsará el importe según el porcentaje pactado en la Póliza, mediante transferencia bancaria a la cuenta corriente facilitada por el Tomador o Asegurado.

SINIESTRO

Acontecimiento que ocasiona una dolencia cuyas consecuencias requieren la Asistencia Sanitaria objeto de cobertura por la Póliza.

TARJETA SANITARIA

Documento electrónico o físico, que acredita al Asegurado para recibir los servicios cubiertos por la Póliza y que es, en consecuencia, personal e intransferible.

TOMADOR

Persona física o jurídica que contrata el seguro con **La Aseguradora** y al que corresponden las obligaciones derivadas del Contrato.

TRANSPORTE SANITARIO

Comprende el transporte especial de enfermos o accidentados cuando concurra alguna de las circunstancias expuestas en la presente Póliza.

TRATAMIENTO

Conjunto de medios de cualquier tipo, los cuales tendrán como finalidad primaria la curación o el alivio de enfermedades, una vez que ya se ha llevado a cabo el diagnóstico de las mismas.

URGENCIA

Situación del Asegurado que hace necesaria una pronta asistencia médica.

URGENCIA ODONTOLÓGICA

Es aquella situación clínica derivada o relacionada con una dolencia odontológica que requiere una pronta asistencia odontológica.

URGENCIA DOMICILIARIA

Asistencia en el domicilio del Asegurado en caso de urgencia prestada por Médico General o Diplomado Universitario en Enfermería.

URGENCIA VITAL

Es aquella situación clínica que requiere atención médica inmediata, dado que un retraso en la misma puede derivar un compromiso vital o daño irreparable en la integridad física del paciente.

I.2 Marco Jurídico



00000050

1. Legislación Aplicable

Esta Póliza se rige por la Ley 50/1980, de 8 de octubre de Contrato de Seguro, por la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, y su Reglamento de Desarrollo (Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras reaseguradoras), por la Ley 22/2007 de 11 de julio, sobre comercialización a distancia de servicios financieros destinados a los consumidores, la Ley 26/2006, de 17 de julio, de mediación de seguros y reaseguros privados, y por lo convenido en la propia Póliza y por las normas que en el futuro sustituyan o modifiquen a las enumeradas o puedan resultar de aplicación. El control de la actividad del Asegurador corresponde en España al Ministerio de Economía a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

2. Jurisdicción y Arbitraje

La Póliza queda sometida a la jurisdicción española y será juez competente el del domicilio del Asegurado, a cuyo efecto este designará uno en España si estuviese domiciliado en el extranjero. Con expresa conformidad de las partes, podrán someterse las diferencias derivadas de esta Póliza al juicio de árbitros, de acuerdo con la legislación vigente.

I.3 Bases de la Póliza

Artículo 1. Objeto

Esta Póliza tiene por objeto garantizar al Asegurado la asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria que proceda en toda clase de enfermedades o lesiones que se encuentren comprendidas en el listado de garantías contratadas. **La asistencia se prestará en los centros concertados a tal efecto salvo que expresamente se disponga otra cosa.**

Artículo 2. Perfección y efectos

El Contrato se perfecciona por el consentimiento de ambas partes manifestado por vía telefónica o telemática, sin perjuicio de la obligación del Tomador de devolver la Póliza que le envíe **La Aseguradora**, debidamente firmada, en el plazo de 15 días a contar desde su recepción. **El Tomador reconoce haber conocido antes de prestar consentimiento, y a través de la página web de La Aseguradora, el contenido de estas Condiciones Generales.**

La Aseguradora quedará liberada de su obligación si la primera prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro.

Derecho de Desistimiento: el Tomador puede resolver unilateralmente el Contrato durante los 14 días posteriores a la recepción de estas condiciones contractuales, siempre y cuando no haya ocurrido un siniestro o haya hecho uso del seguro por cualquier causa. Para resolver el Contrato, deberá comunicarlo a **La Aseguradora** por cualquier medio que permita dejar constancia de la notificación, sin que sea necesario indicar motivo alguno. Desde que esa notificación sea expedida cesará la cobertura del riesgo por parte de **La Aseguradora** que, antes de 30 días, procederá sin aplicar penalización alguna, a la devolución de la parte de prima no consumida.

Artículo 3. Duración y extinción

La Póliza tendrá la duración pactada en las Condiciones Particulares. Si es de duración anual, a cada vencimiento se entenderá prorrogada por períodos iguales y sucesivos.

Las partes pueden oponerse a la prórroga del contrato mediante una notificación escrita a la otra parte, efectuada con un plazo de, al menos, **un mes de anticipación a la conclusión del período del seguro en curso cuando quien se oponga a la prórroga sea el Tomador, y de 2 meses cuando sea La Aseguradora.**

En todo caso, la presente Póliza de seguro se extinguirá:

- Al fallecimiento del Asegurado.
- Si al contratar el Tomador/Asegurado incurrió en dolo o culpa grave o en caso de agravación del riesgo no lo comunica a **La Aseguradora**, o actuó de mala fe.
- Si el Asegurado no emplea los medios a su alcance para limitar razonablemente los costes de la prestación, pudiendo perder el derecho a la misma si se comprueba que ha obrado con mala fe o abuso manifiesto.
- Si no facilita a **La Aseguradora**, en caso de accidente con un tercero civilmente responsable, la información y documentación necesarias para la reclamación que proceda.

La extinción de la Póliza por cualquiera de estos motivos se producirá en el día de su ocurrencia o en el día en que **La Aseguradora** tenga conocimiento de ellos, no existiendo para el Asegurado derecho a la devolución de la prima no consumida en el mes en el que se hace efectiva.

En caso de solicitarse por parte del Tomador la baja de alguno de los Asegurados de una Póliza, con anterioridad a su segunda renovación, y como consecuencia de dicha baja se agravase el riesgo global, **La Aseguradora** se reserva el derecho de revisar las condiciones de la Póliza o, en su caso, rescindir la misma, puesto que, de haber sido esas las condiciones en el momento de la suscripción de la Póliza, **La Aseguradora** no habría celebrado este contrato de acuerdo con sus normas de suscripción. En caso de disminución del riesgo global, se producirá el ajuste de la prima correspondiente.

Artículo 4. Ámbito territorial

La Asistencia Sanitaria cubierta por el seguro en esta Modalidad se prestará en todas las ciudades españolas donde **La Aseguradora** tenga contratada esta prestación con facultativos, clínicas y otros establecimientos e instituciones, incluso entidades de seguro, que estarán incluidas en sus Cuadros Médicos.

Cuando en la población donde se encuentre el Asegurado no exista alguno de los servicios que son objeto de cobertura por esta Póliza, serán facilitados en la provincia donde los mismos puedan realizarse, a elección del Asegurado.

La Asistencia Sanitaria fuera de España, exclusivamente será cubierta por las garantías de Asistencia en el extranjero descritas en el apartado correspondiente "Asistencia en el extranjero".

Artículo 5. Comunicaciones generales

En atención a las características de esta Póliza todas las comunicaciones entre el Tomador/Asegurado y **La Aseguradora** se realizarán, principalmente por medios telemáticos (app móvil, web, correo electrónico, mensaje de texto (SMS) o llamada telefónica).

Ambas partes aceptan de forma expresa el uso de plataformas de confianza de proveedores certificados de Terceros de Confianza para el envío de comunicaciones fehacientes.

Si las comunicaciones fueran telefónicas, el Asegurado podrá solicitar una confirmación escrita, efectuándose siempre la misma por medios electrónicos.

El Asegurado se compromete a hacer llegar aquellos documentos originales necesarios para la tramitación de su prestación que le sean solicitados por **La Aseguradora**, mediante escaneo de la información y envío por correo electrónico de

manera prioritaria, sin perjuicio de hacerla llegar por vía postal, si le resultara más fácil al Asegurado.

Las direcciones válidas a efectos de cualquier notificación realizada por **La Aseguradora** serán la dirección de Correo Electrónico y Teléfonos, así como las Direcciones Postales, recogidos en las Condiciones Particulares en el apartado "datos de notificación" de la Póliza o aquellas que hayan sido actualizadas de forma fehaciente con posterioridad de manera directa entre el Tomador/Asegurado y **La Aseguradora**.

Con el objeto de facilitar la continuidad en las comunicaciones entre los firmantes de este contrato, las partes se comprometen a mantener los números de teléfono móvil, fax, dirección de correo electrónico y dirección postal reflejados en condiciones particulares actualizados y, en caso de modificación, a notificarlo en el plazo de 30 días, por conducto fehaciente a la otra parte.

Para realizar cualquier consulta, modificación o gestión relacionada con la Póliza, el Tomador/Asegurado deberá facilitar a **La Aseguradora** los datos que esta le solicite a efectos de comprobar la identidad del interlocutor. **La Aseguradora** podrá establecer procesos de identificación y autenticación telefónica o telemática (p. ej., mediante el uso de contraseñas, la exigencia de utilización de DNI electrónico o de firma electrónica avanzada o reconocida, etc.) para el acceso a la información, ya sea por medios telemáticos o medios telefónicos.

La Aseguradora podrá grabar las conversaciones que se inicien desde o tengan como destino los teléfonos de **La Aseguradora**. Estas grabaciones se podrán utilizar como medio de prueba para cualquier reclamación que se pueda plantear entre ambas partes, así como a los efectos de control de calidad de la atención telefónica.

Cuando las comunicaciones de La Aseguradora se realicen por correo postal, se enviarán a la dirección postal comunicada por el Tomador en la Póliza de seguro. Surtirán efecto, como si se hubieran recibido: las comunicaciones escritas que fueran rehusadas, las certificadas no recogidas en la Oficina de Correos, las que no lleguen a su destino por haber cambiado la dirección postal sin haberlo notificado de forma fehaciente a La Aseguradora, así como aquellas comunicaciones fehacientes remitidas por el proveedor a través de medios electrónicos y que el Tomador/Asegurado rehúse, no abra o no acceda a ellas.

I.4 Obligaciones del Tomador y/o del Asegurado



00000050

Artículo 6. Declaraciones sobre el riesgo

El Tomador del seguro tiene el deber, antes de la perfección del Contrato, de declarar a **La Aseguradora**, de acuerdo con el Cuestionario de Salud que este le someta telefónicamente o por vía telemática, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo.

Las declaraciones formuladas por el Tomador en respuesta al cuestionario realizado por teléfono o por vía telemática, quedan recogidas en el documento de las Condiciones Particulares que forman parte de la Póliza.

En caso de constatarse un error en la Póliza, el Tomador dispone del plazo de un mes, a contar desde la entrega de la misma, para que subsane la divergencia existente. Transcurrido este plazo sin reclamar, se estará a lo dispuesto en la Póliza.

Artículo 7. Veracidad de las declaraciones

El Tomador se compromete a que toda la información facilitada o que facilite a **La Aseguradora**, tanto en la solicitud de seguro como durante toda la vigencia de la presente Póliza, sea cierta y no ha omitido dato alguno sobre el estado de salud de cada uno de los Asegurados.

La Aseguradora, con el consentimiento de los titulares, y en función de finalidades legítimas, podrá consultar y tratar datos procedentes de fuentes accesibles al público y ficheros titularidad de terceros a fin de verificar la veracidad de los datos y declaraciones aportadas, así como, en su caso, completar los mismos.

La Aseguradora podrá rescindir la Póliza mediante comunicación escrita enviada por vía telemática o postal dirigida al Tomador en el plazo de un mes, a contar desde el conocimiento de la reserva o inexactitud en las declaraciones efectuadas por el mismo, sobre los datos e informaciones requeridos sobre el Tomador y el resto de personas incluidas en la Póliza.

Desde el momento mismo en que **La Aseguradora** haga esta declaración, quedarán en su propiedad las primas correspondientes al período en curso.

Si el siniestro sobreviniese antes de que **La Aseguradora** hubiese hecho la declaración a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de esta se reducirá en la misma proporción existente entre la prima convenida en la Póliza y la que corresponda de acuerdo con la verdadera entidad del riesgo.

Cuando la reserva o inexactitud se hubiese producido mediante dolo o culpa grave del Tomador, **La Aseguradora** quedará liberada del pago de la prestación.

Artículo 8. Disminución del riesgo

El Tomador del seguro o el Asegurado podrán, durante el curso del Contrato, poner en conocimiento de **La Aseguradora** todas las circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza que, si hubieran sido conocidas por **La Aseguradora** en el momento de la perfección del Contrato, lo habría concluido en condiciones más favorables.

En tal caso, al finalizar el período en curso cubierto por la prima, deberá reducirse el importe de la prima futura en la proporción correspondiente, teniendo derecho el Tomador, en caso contrario, a la resolución del Contrato y 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.

Artículo 9. Agravación del riesgo durante la vigencia del Contrato

9.1. El Tomador del seguro o el Asegurado deberán, durante el curso del Contrato, comunicar a **La Aseguradora**, tan pronto como les sea posible, todas las circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que, si hubieran sido conocidas por este en el momento de la perfección del Contrato, o no lo habría celebrado o lo habría hecho en condiciones más gravosas.

9.2. En los seguros de personas el Tomador o el Asegurado no tienen obligación de comunicar la variación de las circunstancias relativas al estado de salud del Asegurado que en ningún caso se considerarán agravación del riesgo.

Artículo 10. Facultades de **La Aseguradora** ante la agravación del riesgo

El Asegurador puede proponer una modificación de las condiciones del Contrato en un plazo de 2 meses, a contar desde el día en que la agravación le haya sido declarada. En tal caso, el Tomador del seguro dispone de 15 días, a contar desde la recepción de esta proposición, para aceptarla o rechazarla. En caso de rechazo o de silencio por parte del Tomador del seguro, **La Aseguradora** puede, transcurrido dicho plazo, rescindir el Contrato previa advertencia al Tomador del seguro, dándole para que conteste un nuevo plazo de 15 días, transcurridos los cuales y dentro de los 8 días

siguientes, comunicará al Tomador del seguro la rescisión definitiva.

La Aseguradora podrá igualmente rescindir el Contrato, comunicándolo por escrito al Tomador/Asegurado dentro de un mes, a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo.

Si sobreviniere un siniestro sin haberse realizado declaración de agravación del riesgo, **La Aseguradora** queda liberada de su prestación si el Tomador del seguro o el Asegurado han actuado de mala fe. En otro caso, la prestación de **La Aseguradora** se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

Artículo 11. Pago de la prima

El Tomador está obligado al pago de la primera prima una vez perfeccionado el Contrato conforme a lo dispuesto en el artículo 2 de estas Condiciones Generales. Las sucesivas primas o fracciones deberán hacerse efectivas a sus correspondientes vencimientos.

Si por culpa del Tomador no se hubiese satisfecho la primera prima o fracción de la misma, **La Aseguradora** tiene derecho a resolver la Póliza o a exigir el pago de la prima debida en vía ejecutiva. **La Aseguradora quedará liberada de su obligación, si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro o cualquier uso del seguro.**

Con independencia de que la prima se pague de manera fraccionada, el Tomador se obliga a pagar la totalidad del importe de la prima que corresponda al plazo del Contrato.

La Aseguradora podrá establecer un recargo por los gastos de devolución de los recibos.

En caso de falta de pago de una de las primas siguientes o de cualquiera de sus fracciones, tendrá lugar la suspensión de todas las garantías, reservándose **La Aseguradora** el derecho a resolver el Contrato. En caso de que **La Aseguradora** no haya resuelto el Contrato o reclamado la prima o fracción en el plazo de los 6 meses siguientes al impago, el Contrato quedará extinguido automáticamente. Adicionalmente, **La Aseguradora** podrá suspender el beneficio de aplazamiento en el pago.

Si el Contrato no hubiese sido resuelto o extinguido conforme a los párrafos anteriores, la cobertura

volverá a tener efecto a las 24 horas del día en que el Tomador pagó.

Artículo 12. Copagos

El Tomador se obliga a pagar los importes correspondientes a los copagos (en los casos en los que se contraten) **que figuran en las Condiciones Particulares del presente Contrato.**

La Aseguradora facturará los importes derivados de copagos con la periodicidad acordada y el Tomador deberá atender su pago a través de la modalidad de pago seleccionada.

La Aseguradora podrá establecer un recargo por los gastos de devolución de los recibos de copagos.

En caso de falta de pago de uno de los copagos y que no haya sido satisfecho en el plazo de 30 días, tendrá lugar la suspensión de todas las garantías, reservándose **La Aseguradora** el derecho a resolver el Contrato. En caso de que **La Aseguradora** no haya resuelto el Contrato o reclamado el copago en el plazo de los 6 meses siguientes al impago, el Contrato quedará extinguido automáticamente. Adicionalmente, **La Aseguradora** podrá suspender el beneficio de aplazamiento en el pago.

Artículo 13. Forma de pago

Las primas se harán efectivas por el sistema de domiciliación bancaria, tarjeta de crédito, o cualquier otro medio que ambas partes admitan expresamente de común acuerdo y que se reflejará en las Condiciones Particulares de la Póliza.

En caso de pago con tarjeta de crédito, la misma será almacenada adecuadamente para el cobro de las primas de seguro. En caso de que se produjese un rechazo por cualquier causa de la tarjeta, se pasará el recibo al cobro en su cuenta bancaria.

El Tomador debe comunicar a **La Aseguradora** los datos de la tarjeta y su plazo de caducidad, así como las posibles modificaciones de los mismos.

El lugar de pago de las primas en caso de domiciliación bancaria, será la cuenta designada por el Tomador al contratar la Póliza. En caso de pago con tarjeta de crédito, la cuenta que mantenga con la entidad emisora de la tarjeta o en la entidad donde esté domiciliada la tarjeta.

Artículo 14. Actuaciones en caso de siniestro

El Asegurado deberá emplear todos los medios a su alcance para aminorar las consecuencias del siniestro. El incumplimiento de este deber dará derecho a **La Aseguradora** a reducir su prestación



00000050

en la proporción oportuna, teniendo en cuenta la importancia de los daños derivados del mismo y el grado de culpa del Asegurado.

Si este incumplimiento fuese deliberado y con intención de perjudicar o engañar a **La Aseguradora**, esta quedará liberada de toda prestación derivada del siniestro.

I.5 Obligaciones de La Aseguradora

Artículo 15. Prestación de garantías

La Aseguradora se obliga a prestar las garantías contratadas por el Tomador en las condiciones establecidas en el presente Contrato.

Artículo 16. Pago del reembolso

En el caso de que se contrate específicamente la garantía de reembolso y siempre y cuando el Tomador hubiera seguido el proceso establecido a tales efectos en la presente Póliza, **La Aseguradora** una vez aceptado el siniestro, deberá efectuar el reembolso de los gastos al Tomador/ Asegurado dentro de los 40 días siguientes a la recepción de la solicitud documentada del reembolso.

II.-Garantías

II.1 Medicina primaria

Incluye la asistencia sanitaria en consulta o en domicilio, prestada por los profesionales que se indican a continuación:

- **Medicina General.**
- **Pediatría y Puericultura:** solo para menores de 15 años de edad.
- **Servicios de enfermería.**

II.2 Urgencias

Incluye la asistencia sanitaria en casos de urgencia, que comprende urgencias hospitalarias y urgencias a domicilio.

Se prestará en los centros y hospitales de urgencia incluidos en el Cuadro Médico de **La Aseguradora**.

En caso justificado, se prestará atención al Asegurado a domicilio por los servicios permanentes de guardia.

II.3 Especialidades médicas y quirúrgicas

Incluye la asistencia sanitaria prestada **en consulta** por los Médicos Especialistas que se indican a continuación:

- Alergología.
- Anestesiología.
- Angiología y Cirugía Vascolar.
- Aparato Digestivo.
- Cardiología y Aparato Circulatorio.
- Cirugía Cardiovascular.
- Cirugía General y del Aparato Digestivo.
- Cirugía Oral y Maxilofacial.
- Cirugía Pediátrica.
- Cirugía Reparadora.
- Cirugía Torácica.
- Dermatología.
- Endocrinología.
- Geriátrica.
- Hematología.
- Inmunología.
- Medicina Interna.
- Medicina Nuclear.
- Nefrología.
- Neumología.
- Neurocirugía.
- Neurología.
- Ginecología y Obstetricia.
- Oftalmología.
- Oncología Médica.
- Oncología Radioterápica.
- Otorrinolaringología.
- Psiquiatría: **quedan excluidas las consultas de psicoanálisis, la terapia psicoanalítica, la hipnosis, la narcolepsia y los servicios de rehabilitación psicosocial o neuropsiquiatría.**
- Rehabilitación.
- Reumatología.
- Traumatología y Ortopedia.
- Urología.

II.4 Medios de diagnóstico

Deben ser prescritos por un Médico de la Entidad Aseguradora, según la modalidad de seguro contratada e indicar el motivo de la exploración. Quedan incluidos los medios de contraste proporcionados por el Centro Médico concertado por **La Aseguradora**:

II.4.1 Medios de diagnóstico simple

- **Análisis clínicos convencionales**
 - Bioquímica.
 - Hematología.
 - Microbiología.
 - Inmunología.
 - Hormonas y Marcadores.

- **Anatomía patológica simple**
 - Citología.
 - Biopsias derivadas de la punción aspiración con aguja fina.

- **Pruebas simples de especialidades**
 - Citología.
 - Electrocoagulación.
 - Anatomía patológica simple.
 - Angiografía.
 - Eco-doppler.
 - Electroencefalogramas: **quedan excluidos los que precisen de una monitorización igual o superior a 12 horas.**
 - Ergometría.
 - Holter.
 - Fotodinámica.
 - Radiología especial.
 - Otras pruebas realizadas en consulta **excepto las que precisen de un medio hospitalario, las relacionadas con el aparato digestivo, terapia fotodinámica, test de latencias, test de apomorfina, test funcional de endocrino y culdoscopia.**

- **Radiodiagnóstico simple**
 - Densitometría ósea.
 - Ecografías simples: **quedan excluidas la endoanal, transtorárica, fibroscan, obstétrica de alta definición y obstétrica 3D.**
 - Resonancia Magnética Nuclear (R.M.N.). simples: **quedan excluidas la enterorresonancia, angiorresonancia, colangiorresonancia, R.M.N. fetal, R.M.N. de ambas mamas, R.M.N. cardiaca, R.M.N. articular, R.M.N. por espectroscopia y R.M.N. multiparamétrica.**
 - Radiología simple.
 - Tomografía Computerizada (T.C.) simples: **excepto los de alta definición y el score del calcio coronario.**

II.4.2 Medios de diagnóstico complejos

- **Análisis clínicos genéticos y estudios especiales**
 - Biología molecular.
 - Cariotipos.

- **Anatomía patológica compleja**

- Dianas terapéuticas.
- Inmunohistoquímica.

Quedan excluidas aquellas determinaciones genéticas para conocimiento de la predisposición del Asegurado con fines predictivos o preventivos (tanto ascendente como descendente), así como mapas genéticos de tumores y estudios de fármaco-genética.

- **Medicina nuclear:** el PET-TC es objeto de cobertura exclusivamente para las indicaciones autorizadas por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios con el fármaco 18-fludesoxiglucosa.

- **Pruebas de especialidades complejas**
 - Biopsias que no requieran hospitalización.
 - Broncoscopia.
 - Electroencefalogramas que precisen una monitorización igual o superior a 12 horas.
 - Endoscopia: incluye la Capsula Endoscópica en caso de hemorragia digestiva de origen desconocido no evidenciado por vía endoscópica.
 - Fotocoagulación.
 - Histeroscopia.
 - Polisomnografía.
 - Potenciales evocados.
 - Otras pruebas de diagnóstico complejas: incluye las pruebas que precisen de un medio hospitalario y las relacionadas con el aparato digestivo, terapia fotodinámica, test de latencias, test de apomorfina, test funcional de endocrino y culdoscopia.

- **Radiodiagnóstico complejo**
 - Ecografías complejas: incluye la ecografía endoanal, transtorárica, fibroscan, obstétrica de alta definición y obstétrica 3D.
 - Resonancia Magnética Nuclear (R.M.N.) compleja: incluye la enterorresonancia, angiorresonancia, colangiorresonancia, R.M.N. fetal, R.M.N. de ambas mamas, R.M.N. cardiaca, R.M.N. articular, R.M.N. por espectroscopia y R.M.N. multiparamétrica.
 - Tomografía Axial Computerizada (T.A.C. o T.C.) complejos: incluye



T.C. de alta definición y el score del calcio coronario.

- Pruebas diagnósticas prenatales: incluye las ecografías de alta definición y ecografía 3D.

II.5 Hospitalización e intervención quirúrgica

La hospitalización se realizará en centros concertados en el Cuadro Médico de la Entidad Aseguradora, con prescripción por facultativo de dicho cuadro, en habitación individual con cama de acompañante (**excepto ingreso en UVI y en estancia psiquiátrica**), estando incluida la manutención del paciente, quirófanos, salas, medicación y material necesarios durante la estancia al igual que los honorarios de los profesionales que intervienen en la prestación del servicio.

A modo enunciativo, se cubren los distintos tipos de hospitalización:

- Hospitalización obstétrica (incluye estancia en nido e incubadora).
- Hospitalización médica.
- Hospitalización quirúrgica.
- Hospitalización en UVI (adulto, infantil, neonatológica).
- Hospitalización psiquiátrica: **con el límite que figura en Condiciones Particulares.**
- Hospital de día.

El recién nacido tendrá la consideración de Asegurado mientras permanezca ingresado en el hospital donde se produjo el parto y **durante un máximo de 30 días desde su nacimiento hasta la fecha del alta, siempre que el parto haya sido objeto de cobertura por La Aseguradora.**

Quedan excluidos de esta cobertura:

- **El uso de la técnica láser en intervenciones quirúrgicas excepto en Oftalmología, Angiología y Cirugía Vascul, Proctología, Otorrinolaringología y Urología para el tratamiento quirúrgico de la hiperplasia benigna de próstata, en el caso de hiperplasia benigna de próstata resistente al tratamiento.**
- **Cualquier trasplante, excepto:**
 - Los trasplantes autólogos de médula ósea y de células progenitoras de sangre periférica, exclusivamente para tratamientos de tumores de estirpe hematológica.

- **Los trasplantes de córnea.**

- **El uso de la radiofrecuencia en intervenciones quirúrgicas excepto en Otorrinolaringología y Cirugía General.**
- **Las siguientes cirugías: Cirugía Bariátrica, Cirugía de la esterilidad o infertilidad, Intervenciones quirúrgicas sobre el no nacido, Cirugía del Parkinson, Cirugía de la Epilepsia, Cirugía Refractiva, Cirugía de la disfunción eréctil e impotencia sexual, Cirugía Robótica, Cirugía profiláctica.**
- **La asistencia y tratamientos incluidos en la cobertura Dental.**
- **Partos en medio acuático, en domicilio y por medios alternativos.**
- **Cirugía de cambio de sexo.**

II.6 Prótesis

Queda incluida la colocación de prótesis, así como el coste de la misma por **La Aseguradora** en los siguientes casos:

- **Prótesis cardiovasculares:** stent, válvulas, marcapasos y by-pass.
- **Prótesis mamarias** a consecuencia de neoplasia de mama.
- **Prótesis neurológicas:** válvulas de derivación.
- **Prótesis oftalmológicas:** lente intraocular monofocal.
- **Prótesis traumatológicas:** prótesis internas.
- **Otras prótesis:** mallas abdominales, expansores mamarios y mallas de incontinencia urinaria.

Quedan excluidas de esta garantía: las prótesis externas, material ortopédico, fijadores externos, materiales biológicos o sintéticos, endoprótesis (aórtica y digestiva), bombas implantables para infusión de medicamentos, electrodos de estimulación medular, desfibriladores y corazón artificial.

II.7 Tratamientos especiales

II.7.1 Tratamientos especiales básicos

- **Fisioterapia:** incluye el tratamiento ambulatorio de patología aguda del aparato locomotor con fines curativos bajo prescripción de un Médico Rehabilitador o Traumatólogo, **con el límite que figura en Condiciones Particulares.**

Incluye ondas de choque para calcificación intraarticular **con el límite indicado en las Condiciones Particulares** y drenaje linfático tras linfadenectomía por proceso oncológico.

Queda excluida la rehabilitación neurológica.

- **Podología:** incluye el tratamiento en consulta, **con el límite que figura en Condiciones Particulares.**
- **Psicología:** incluye el tratamiento en sesiones individuales, **con el límite que figura en condiciones particulares. Quedan excluidos los test psicológicos.**
- **Preparación al parto:** incluye programas de preparación al parto.

II.7.2 Tratamientos especiales complejos

- **Hematología y Hemoterapia.**
- **Logofoniatría y Logopedia:** incluye exclusivamente el tratamiento de la Logopedia siempre que sea consecuencia de Laringectomía, **con el límite que figura en Condiciones Particulares.**
- **Nefrología:** incluye diálisis en proceso agudo.
- **Oncología médica.**
- **Oncología radioterápica.**
- **Psiquiatría:** incluye Terapia Electroconvulsiva (TEC) en el caso de Depresión Mayor Grave resistente a tratamiento médico o con intentos autolíticos previos así como enfermedad maniaca con agitación extrema.
- **Terapias respiratorias:** incluye la aerosolterapia a domicilio, así como monitor de apnea a domicilio en el Síndrome de Muerte Súbita del Lactante, hasta la semana 43 de vida.

- **Tratamiento del dolor.**
- **Urología:** incluye litotricia e instilaciones vesicales.

II.8 Transporte sanitario

Incluye traslados en ambulancia por vía terrestre o UVI móvil terrestre, hasta el hospital del Cuadro Médico donde se prestará la asistencia, y de éste a su domicilio, siempre que se hayan realizado con ocasión de la hospitalización del Asegurado o con urgencia hospitalaria.

También queda incluido el traslado entre centros hospitalarios concertados por **La Aseguradora** situados en diferentes provincias cuando los recursos asistenciales de la provincia en la que resida el Asegurado no sean suficientes para su atención.

Esta garantía se dará siempre bajo prescripción de médicos del cuadro concertado.

II.9 Asistencia médica telefónica

Incluye los siguientes servicios de atención telefónica, que se prestarán las 24 horas del día, los 365 días al año:

- **Servicio de orientación médica telefónica.**
- **Servicio de asesoramiento psicológico y apoyo telefónico.**

II.10 Asistencia en el extranjero

Asistencia en viaje, fuera del territorio español, como consecuencia de una enfermedad o accidente. Se cubren desplazamientos **hasta un máximo de 3 meses consecutivos.**

Tendrán la consideración de Asegurados en relación con la cobertura de Asistencia en Viaje, las personas físicas que consten declaradas en la Póliza como Asegurados.

La Aseguradora proporciona una línea de atención 24 horas al día 7 días a la semana, en la que se le informará sobre la red asistencial a su servicio y el resto de procedimientos de uso de las coberturas. Teléfono: **(+34) 800 466 12345.**

II.10.1 Objeto

Esta garantía incluye:



00000050

A.- Gastos médicos, farmacéuticos o de hospitalización

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

De determinarse por el Médico de **La Aseguradora**, de común acuerdo con el que estuviera atendiendo al Asegurado, la necesidad de que éste sea hospitalizado, **La Aseguradora** se hará cargo de los gastos de traslado hasta el centro hospitalario, su estancia en el mismo y los servicios sanitarios necesarios para la curación del Asegurado, incluidos los gastos farmacéuticos.

El límite máximo para esta garantía es de 18.000 € por siniestro y Asegurado.

B.- Gastos odontológicos de urgencia

La Aseguradora se hará cargo de los gastos de tratamiento a consecuencia de la aparición de problemas odontológicos agudos como infecciones, dolores, rotura de piezas, caída de empastes, etc. que requieran un tratamiento de urgencia, siempre que ocurran durante el transcurso de un viaje.

El límite máximo para esta garantía es de 300 € por siniestro y Asegurado.

C.- Traslado sanitario o repatriación médica

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

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

Europa y países ribereños del mar Mediterráneo.

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

D.- Envío de un médico especialista

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

E.- Envío de medicamentos

La Aseguradora enviará los medicamentos de interés vital para el tratamiento de las lesiones o enfermedad grave ocurridas durante el viaje, que no puedan ser obtenidos en el lugar donde se halle el Asegurado, enfermo o accidentado. En el supuesto de que **La Aseguradora** asuma los gastos médicos, de conformidad con la garantía primera, los mismos se extenderán al coste de los medicamentos, siendo en caso contrario a cargo del Asegurado únicamente el precio satisfecho por **La Aseguradora** para la adquisición de los medicamentos en cuestión.

F.- Consulta o asesoramiento médico a distancia

Si el Asegurado precisara durante el viaje una información de carácter médico que no le fuera posible obtener localmente, podrá solicitar la misma telefónicamente a **La Aseguradora**, la cual la proporcionará a través de sus Centrales de Asistencia, **sin asumir ninguna responsabilidad por la citada información, habida cuenta de la imposibilidad de efectuar un diagnóstico telefónico sin la observación directa del enfermo.**

G.- Anticipo de fianzas por hospitalización

Cuando por accidente o enfermedad cubiertos por la Póliza durante un viaje, el Asegurado precise ser ingresado en un Centro Hospitalario, **La Aseguradora** se hará cargo, **hasta el límite de 18.000 € por siniestro y Asegurado**, de la fianza que el centro demande para proceder a la admisión del Asegurado.

H.- Servicios de trámites administrativos para hospitalización

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

I.- Prolongación de estancia

Si, tras estar hospitalizado por un riesgo cubierto por la Póliza y ser dado de alta, el Asegurado se viera imposibilitado para proseguir su viaje por prescripción médica, y precisara alojarse en un hotel para su convalecencia, **La Aseguradora** satisfará sus gastos de alojamiento y manutención, **hasta el límite de 80 € por día y máximo 10 días**.

J.- Gastos de desplazamiento de un acompañante

Si el Asegurado debiera ser hospitalizado, como consecuencia del acaecimiento de un riesgo cubierto por la Póliza, por un tiempo previsto superior a 5 noches, **La Aseguradora** facilitará a la persona que aquel indique (siempre que se halle domiciliada en España), un billete de ida y vuelta en ferrocarril (primera clase), avión (clase turista) o del medio de transporte público y colectivo más idóneo, para que acuda junto al hospitalizado.

K.- Gastos de estancia para acompañante del asegurado hospitalizado

En el caso previsto en la garantía anterior, **La Aseguradora** satisfará los gastos de alojamiento y manutención del acompañante en el mismo hospital donde se encuentre el Asegurado, siempre que sea posible, o en su defecto en el establecimiento que elija el acompañante.

Esta garantía será aplicable incluso si el acompañante se encontrara viajando con el Asegurado.

El límite para esta garantía será de 80 € por día y máximo 10 días.

L.- Gastos de regreso por alta hospitalaria

La Aseguradora se hará cargo de los gastos de regreso de los Asegurados que, a consecuencia de un accidente cubierto por la Póliza, hubiesen sido hospitalizados y dados de alta y como consecuencia, hubiesen perdido su billete de regreso a España por imposibilidad de presentarse en el medio de transporte correspondiente en la fecha y hora marcada en el billete de regreso.

El límite de esta garantía se establece en 900 € por siniestro y Asegurado.

M.- Retorno de menores

Si el Asegurado viajara en compañía de hijos menores de edad, o de discapacitados y quedasen sin asistencia por causa de accidente, enfermedad o traslado de aquel cubierto por la Póliza, no pudiendo continuar el viaje, **La Aseguradora** organizará y tomará a su cargo su regreso al domicilio familiar, satisfaciendo además los gastos de viaje de un familiar designado por el Asegurado para que los acompañe en su regreso.

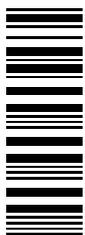
Si el Asegurado no pudiera designar a nadie, **La Aseguradora** proporcionará un acompañante. En todo caso, el transporte de los menores y acompañante se realizará en el medio de transporte público y colectivo más adecuado a las circunstancias del caso.

N.- Regreso anticipado

Si el Asegurado debe interrumpir su viaje por enfermedad grave o fallecimiento de su pareja, de sus padres, hijos o familiares de ambos hasta segundo grado de consanguinidad, **La Aseguradora** le facilitará un billete de ida y vuelta en ferrocarril (primera clase), avión (clase turista) o del medio de transporte público y colectivo más adecuado, para acudir hasta el lugar de inhumación en España, del familiar fallecido u hospitalizado.

Ñ.- Traslado o repatriación de restos mortales

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



00000050

O.- Acompañante de restos mortales

La Aseguradora facilitará a la persona con domicilio en España que designen los familiares, un billete de ida y vuelta en ferrocarril (primera clase), avión (clase turista) o del medio de transporte público y colectivo más idóneo, para acompañar el cadáver.

P.- Gastos de estancia del acompañante de restos mortales

De haber lugar a la cobertura anterior, si el acompañante debiera permanecer en el lugar de acaecimiento del fallecimiento, por trámites relacionados con el traslado de los restos mortales del Asegurado, **La Aseguradora** se hará cargo de sus gastos de estancia y manutención, **hasta el límite de 80 € por día y máximo 3 días.**

Q.- Pérdida de equipajes facturados en transporte público

En caso de pérdida total o parcial de equipajes o efectos personales que hubieran sido facturados en transporte público, y siempre que tal pérdida fuera responsabilidad del transportista, **La Aseguradora** satisfará una indemnización **con un límite máximo de 300 € por siniestro y Asegurado**, la cual será siempre en exceso de la percibida del transportista y con carácter complementario a la misma. Será requisito imprescindible para la obtención de esta garantía que el Asegurado presente los justificantes acreditativos de la pérdida e indemnización recibida en su caso, expedidos por el transportista.

R.- Defensa jurídica y fianzas en el extranjero

La Aseguradora tomará a su cargo el importe correspondiente a los gastos de defensa jurídica del Asegurado como consecuencia de un procedimiento judicial instruido en el ámbito de su vida particular y con motivo del viaje o desplazamiento acaecido fuera del país de residencia del Asegurado. **El importe máximo a cargo del Asegurador será de 600 € por siniestro y Asegurado, o de su contravalor en la moneda en que haya de efectuarse el pago.**

La Aseguradora anticipará al Asegurado, previa garantía formal de proceder a la devolución de las cantidades que le sean prestadas en el plazo de 60 días, el importe correspondiente a fianzas penales que este se

viera obligado a constituir, como consecuencia de un procedimiento judicial instruido con motivo del viaje o desplazamiento acaecido fuera del país de residencia del Asegurado. **El anticipo máximo de La Aseguradora será de 6.000 €, o de su contravalor en la moneda en que haya de efectuarse el pago.**

S.- Servicio de información al viajero

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

T.- Servicio de información asistencial

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

U.- Transmisión de mensajes urgentes

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

V.- Localización de equipajes u objetos personales perdidos

La Aseguradora pone a disposición del Asegurado su Red de Centrales de Asistencia, para cuantas gestiones de búsqueda y localización sean necesarias en caso de pérdida de equipajes o efectos personales, siempre que sea debida al transportista; facilitando además su colaboración para que el Asegurado efectúe la correspondiente denuncia o reclamación.

W.- Regreso del asegurado por evento familiar o domiciliario grave

Si el Asegurado debe interrumpir su viaje por enfermedad grave de su pareja, padres, hijos o familiares de ambos hasta segundo grado de consanguinidad, **La Aseguradora** le facilitará un billete de ida y vuelta en ferrocarril (primera clase), avión (clase turista) o del medio de transporte público y colectivo más adecuado,

para acudir hasta el lugar de hospitalización en España del familiar gravemente enfermo.

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

X.- Anticipo de fondos en el extranjero

La Aseguradora gestionará el envío de fondos al Asegurado, en caso de necesidad durante un viaje en el extranjero, **hasta el límite de 1.000 € por siniestro y Asegurado.**

Sera requisito para llevar a cabo esta gestión que el importe del fondo haya sido previamente entregado a La Aseguradora.

II.10.2 Exclusiones aplicables a la garantía de asistencia en el extranjero

A.- Exclusiones aplicables a las garantías en caso de accidente o enfermedad

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

- a) **Enfermedades preexistentes y/o congénitas, afecciones crónicas o dolencias bajo tratamiento médico previo al inicio del viaje.**
- b) **Exámenes médicos generales, chequeos y cualquier visita o tratamiento que tenga carácter de medicina preventiva, según los criterios médicos generalmente aceptados.**
- c) **Viajes que tengan por objeto recibir tratamiento médico.**
- d) **Diagnóstico, seguimiento y tratamiento del embarazo, interrupción voluntaria del mismo y partos.**
- e) **Suicidio, tentativa de suicidio o autolesiones del Asegurado.**
- f) **Consumo de bebidas alcohólicas, drogas o medicamentos, salvo que estos últimos hubieran sido prescritos por facultativo.**
- g) **Tratamiento, diagnóstico y rehabilitación de enfermedades mentales o nerviosas.**

h) **Enfermedades de transmisión sexual y especialmente el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.) y sus enfermedades derivadas.**

i) **Adquisición, implantación, sustitución, extracción y reparación de las prótesis, órtesis, implantes, materiales o dispositivos biomédicos y similares.**

j) **Tratamientos odontológicos, oftalmológicos y otorrinolaringológicos, salvo los supuestos de urgencia.**

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

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

B.- Exclusiones aplicables a las garantías en caso de fallecimiento

Quedan excluidos de la Póliza:

- a) **Los siniestros ocurridos como consecuencia del suicidio del Asegurado.**
- b) **Gastos de inhumación y ceremonia así como el coste del ataúd en la garantía de Transporte o repatriación de Restos Mortales.**

C.- Exclusiones aplicables a las garantías de incidencias en viaje

Quedan excluidos de la Póliza: **cualquier equipaje y/o efecto personal no facturado en avión, tren de largo recorrido o barco de línea regular.**

D.- Exclusiones aplicables con carácter general para toda la garantía de asistencia en viaje en el extranjero



00000050

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

- a) **Prestaciones que no hayan sido comunicadas previamente La Aseguradora y aquellas para las que no se hubiera obtenido la conformidad de este, salvo los supuestos de imposibilidad material, debidamente acreditada.**
- b) **Práctica como profesional de cualquier deporte, y como aficionado de deportes de invierno, deportes en competición y actividades notoriamente peligrosas o de alto riesgo.**
- c) **Viajes de duración superior a 90 días consecutivos.**
- d) **La intervención de cualquier Organismo Oficial de Socorro de urgencia o el coste de sus servicios.**
- e) **Rescate de personas en montañas, simas, mares, selvas o desiertos.**
- f) **Participación directa del Asegurado en apuestas, desafíos o riñas, siempre que en este último caso no hubiera actuado en legítima defensa o en tentativa de salvamento de personas o bienes.**
- g) **Actos fraudulentos del Tomador, Asegurado, Beneficiario o familiares de los mismos.**
- h) **Los riesgos derivados de la utilización de energía nuclear.**
- i) **Los riesgos extraordinarios tales como guerras, terrorismo, tumultos populares, huelgas, fenómenos de la naturaleza y cualquier otro fenómeno de carácter catastrófico o acontecimientos que por su magnitud y gravedad sean calificados como catástrofe o calamidad nacional.**

II.11 Segunda opinión médica por enfermedades graves

Incluye una segunda opinión sobre el diagnóstico o tratamiento de enfermedades crónicas graves, que precisen una atención programada y cuyo curso requiera medidas excepcionales diagnósticas o terapéuticas y su pronóstico vital este gravemente comprometido. Esta será emitida mediante un informe médico por especialistas, centros asistenciales, médicos o académicos de primer nivel, en cualquier país del mundo, designados por **La Aseguradora**.

Para el uso de este servicio, el Asegurado deberá remitir el expediente clínico que contendrá: la información médica escrita, diagnósticos por imagen realizados, **excluyendo el envío de material biológico o sintético**.

El envío se deberá realizar al especialista o centro correspondiente de forma confidencial.

En el momento en el que finalice el proceso, se enviará al Asegurado la segunda opinión médica incluyendo: resumen de su historia clínica, opinión de los expertos consultados y currículum de dichos expertos.

Durante todo este desarrollo el Asegurado estará acompañado por un médico consultor, responsable de la gestión del caso y asesoramiento del paciente.

Este servicio cubrirá las siguientes enfermedades graves:

- Cáncer.
- Enfermedades cardiovasculares.
- Enfermedades neurológicas.

III.-Garantías Opcionales

Las coberturas definidas en este apartado son opcionales por lo que habrán de ser contratadas de forma expresa y ser incluidas en las Condiciones Particulares.

III.1 Dental completo

Incluye los servicios y tratamientos de:

- Cirugía oral.
- Endodoncias.
- Estética dental
- Implantología.
- Obturaciones.

- Odontología general.
- Ortodoncia invisible-invisaling.
- Ortodoncia.
- Patología articulación temporomandibular.

- Periodoncia.
- Programas preventivos para menores 15 años.
- Prótesis fijas.
- Prótesis removible.
- Radiología.

En Condiciones Particulares se recoge la lista de tratamientos cubiertos, detallando los servicios gratuitos y los que conllevan el pago de una Franquicia por parte del Asegurado. Dichos servicios y Franquicias pueden modificarse anualmente, lo que será publicado en la web de La Aseguradora.

III.2 Reembolso

Cubre las especialidades de Pediatría y Ginecología. A continuación se detallan las garantías reembolsables para cada especialidad, **con los límites que figuran en Condiciones Particulares.**

- **Pediatría:** consultas.
- **Ginecología y Obstetricia:**
 - Consultas.
 - Citología: **siempre y cuando sea en el mismo tiempo de consulta**
 - Ecografía transvaginal: **siempre y cuando sea en el mismo tiempo de consulta.**

Las pruebas diagnósticas simples que se prescriban por profesionales fuera del Cuadro Médico, serán cubiertas previa autorización por **La Aseguradora** siempre que estén dentro de las garantías cubiertas y se realicen dentro del Cuadro Médico de **La Aseguradora.**

En relación con las prestaciones cubiertas en la garantía de Reembolso se establece el siguiente procedimiento de Reembolso:

1. **Modo de Reembolso:** **La Aseguradora** efectuará transferencia bancaria a la cuenta corriente facilitada por el Tomador o Asegurado, **con los límites establecidos en Condiciones Particulares.**
2. **Documentación necesaria:** el Asegurado deberá cumplimentar la correspondiente solicitud de reembolso, según modelo de **La Aseguradora**, a la que se acompañarán necesariamente copia de las facturas

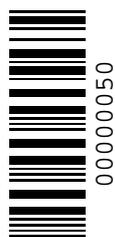
originales correspondientes, que deberán reunir los requisitos exigidos en cada momento por la normativa tributaria y, en todo caso, incluirán los datos identificativos de:

- a. la persona física o jurídica que ha prestado el servicio (nombre y apellidos o denominación social, número de identificación fiscal, especialidad médica y número de colegiado).
 - b. el Asegurado objeto del servicio (nombre y apellidos) y
 - c. el Acto Médico prestado (descripción, fecha y coste).
3. En caso de que **la solicitud de reembolso se tramite por medios telemáticos**, el Tomador estará obligado a conservar las facturas originales a disposición de **La Aseguradora** durante un plazo mínimo de un año.
 4. **Plazo de Reembolso, La Aseguradora**, una vez aceptado el siniestro, deberá efectuar el reembolso de los gastos al Tomador o Asegurado dentro de los 40 días siguientes a la recepción de la solicitud del reembolso.
 5. **Plazo de presentación de facturas:** el Asegurado dispondrá de un plazo máximo de 3 meses, a contar desde la prestación del Acto Médico, para la presentación de las facturas correspondientes.

IV.- Prestaciones que en ningún caso son cubiertas por La Aseguradora

Quedan fuera de la cobertura de esta Póliza, sin perjuicio de cualquier otra exclusión debidamente resaltada que figure en el condicionado de esta Póliza, las asistencias sanitarias derivadas de los riesgos indicados a continuación:

1. **Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.**
2. **Los gastos que deriven de enfermedades, lesiones, defectos constitucionales o congénitos, estado o situación médica (como embarazo o gestación) preexistentes a la fecha de alta de cada Asegurado que integre la Póliza, salvo que hayan sido declarados en el cuestionario de salud y La Aseguradora haya aceptado expresamente su cobertura en las Condiciones Particulares.**



3. Los derivados de siniestros cuya ocurrencia haya tenido lugar en el plazo de carencia establecido en el artículo 8 del Reglamento del Seguro de Riesgos Extraordinarios.
4. Los correspondientes a siniestros producidos antes del pago de la primera prima.
5. Los honorarios médicos, los gastos de pruebas complementarias, los gastos hospitalarios y tratamientos realizados por prescripción de facultativos ajenos al Cuadro Médico (incluidos centros y hospitales de la red del Sistema Nacional de Salud), excepto los prescritos por facultativos cuyas prestaciones queden expresamente incluidas en la Póliza a través de reembolso de gastos.
6. La hospitalización de carácter socio-familiar, así como la hospitalización por enfermedad de larga duración por cuidados paliativos.
7. Enfermedades o accidentes derivados de guerras, actos terroristas o de carácter político y social, así como las epidemias declaradas oficialmente; aquellas que guarden relación con radiación nuclear o contaminación radiactiva, así como los derivados de los fenómenos naturales (terremotos, inundaciones, erupciones volcánicas y otros).
8. Todos los procedimientos diagnósticos, quirúrgicos o terapéuticos cuya seguridad y eficacia clínicas no estén debidamente contrastadas científicamente o que sean de aparición nueva, posterior a la firma de la presente Póliza; los procedimientos no universalizados, ni consolidados en la práctica clínica habitual, los que hayan quedado manifiestamente superados por otros disponibles y los procedimientos de carácter experimental o que no tengan suficientemente probada su contribución eficaz a la prevención, tratamiento o curación de las enfermedades.
Se considera, a efectos de la presente Póliza, que un procedimiento diagnóstico, quirúrgico o terapéutico es seguro y eficaz cuando está aprobado por la Agencia Europea del Medicamento y/o la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios.
9. Las que correspondan a honorarios por tratamientos o diagnósticos en balnearios, curas de reposo, residencias de tercera edad o similares, aun cuando hayan sido prescritas por un Médico.
10. Los gastos de desplazamiento para recibir asistencia en la misma o distinta provincia del Estado español o en el extranjero.
11. La asistencia sanitaria derivada de la adicción o intoxicación por alcohol, drogas o psicofármacos.
12. La asistencia sanitaria por la práctica profesional de cualquier deporte o competición deportiva al igual que la derivada de la práctica no profesional de cualquier deporte de riesgo o actividad manifiestamente peligrosa o de alto riesgo. Entendiendo por peligroso o alto riesgo: toreo, artes marciales, espeleología, submarinismo, escalada, puenting, parapente, paracaidismo, barranquismo, rafting, vuelo sin motor, boxeo, rugby, pruebas de velocidad con vehículos a motor o cualquier otra de similares características a las mencionadas.
13. Las contingencias profesionales derivadas de la actividad laboral y profesional.
14. La asistencia sanitaria derivada de servicios u operaciones militares, navales o de la fuerza aérea.
15. La tentativa de suicidio o autolesión voluntaria, cualquier accidente causado por mala fe o intencionadamente por el Tomador o Asegurado, así como su participación en riñas o en actividades delictivas.
16. Los derivados de la utilización de vehículos a motor que sean objeto de cobertura por el Seguro del Automóvil.
17. Patologías o tratamientos no cubiertos, así como complicaciones que se deriven de éstos.
18. Intervenciones, infiltraciones y tratamientos con puro carácter estético y cosmético, así como las complicaciones que se produjeran de las mismas, excepto la Reconstrucción de la mama afecta por cáncer de mama así como de la mama contralateral.
19. Naturopatía, mesoterapia, hidroterapia, ozonoterapia.
20. La asistencia sanitaria del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.) y de las enfermedades que del mismo se deriven.
21. Los siguientes productos farmacéuticos:
 - Los que sean administrados al paciente fuera del régimen de hospitalización, o en hospitalización de día.
 - Los productos de parafarmacia.
 - Los medicamentos no comercializados en España.
 - Los medicamentos y tratamientos que, aun siendo comercializados en España, no estén cubiertos por el Sistema Nacional de Salud.
 - Las terapias avanzadas (medicamentos de uso humano basado en genes, células y terapia celular y que incluyen productos de origen autólogo, alogénico o xenogénico).
 - Medicamentos citostáticos orales.
 - Medicamentos citostáticos por vía parenteral, cuya comercialización no

se encuentre autorizada en el mercado nacional y siempre que no se empleen de conformidad con las indicaciones de la ficha técnica del producto.

- **Tratamientos con plasma rico en plaquetas o factores de crecimiento.**
- **Tratamientos con anticuerpos monoclonales.**

22. Los tratamientos de reproducción asistida en cualquiera de sus formas.

23. La interrupción voluntaria del embarazo.

24. Las urgencias, únicamente en caso de tener contratado el Producto Esencial.

V.-Periodos de carencia

Las Garantías y servicios que estén sujetos a un periodo de Carencia estarán recogidos y detallados en las Condiciones Particulares de la Póliza.

VI.-Procedimiento en caso de siniestro

VI.1 Utilización del Cuadro Médico y Cuadro Dental

La Aseguradora, pondrá el Cuadro Médico y el Cuadro Dental a disposición del Tomador y de los Asegurados, en el momento de suscribir esta Póliza. Dichos cuadros incluirán los médicos, odontólogos, D.U.E., laboratorios de análisis y cualquier otro centro o profesional necesarios, para prestar los servicios incluidos en las coberturas de esta Póliza. En cualquier caso no existe ningún tipo de limitación o restricción a nivel geográfico de acceso a la utilización del Cuadro Médico por parte del Asegurado.

En el supuesto de que no exista algún servicio de los recogidos en la Póliza en la provincia de residencia del Asegurado, le serán facilitados en otra provincia a su elección.

VI.2 Tarjeta Sanitaria

1. **La Aseguradora** proporcionará a cada Asegurado una Tarjeta Sanitaria en formato digital. No obstante, podrá solicitar la tarjeta en formato físico, que otorga los mismos derechos que la Tarjeta Sanitaria.
2. El Asegurado se obliga a presentar la citada Tarjeta Sanitaria al requerir del Cuadro Médico cualquiera de los servicios médicos cubiertos por esta Póliza. Si no dispone de acceso a la tarjeta podrá acceder al uso de

los servicios médicos utilizando el DNI, pasaporte o tarjeta de residencia.

3. **La Aseguradora** liquidará directamente la totalidad de los gastos correspondientes a la utilización de tales servicios.
4. **La Aseguradora** queda exonerada de efectuar reembolso alguno de los gastos que el Asegurado hubiera podido satisfacer por no presentar su Tarjeta Sanitaria o identificarse como cliente utilizando su DNI, pasaporte o tarjeta de residencia, así como lo que hubiese abonado por mejoras por él solicitadas y no comprendidas en los acuerdos firmados por **La Aseguradora** con el Profesional Sanitario para la confección del Cuadro Médico.

VII. Consultas y Reclamaciones. Defensor del Cliente. Normas de Actuación

1. El Asegurado dispone de un Servicio de Atención al Cliente en el teléfono 902 466 013 para plantear cualquier consulta queja o reclamación relacionada con esta Póliza o con la tramitación de un siniestro.
2. Adicionalmente, y si no está de acuerdo con la respuesta dada por el Servicio de Atención al Cliente, dispone del Defensor del Cliente, al que puede dirigirse en el teléfono 902 466 014 y en el fax 902 466 015. La reclamación, que será gratuita para los Asegurados, deberá tener su causa en cualquier circunstancia derivada del Contrato de Seguro.

Tanto el Servicio de Atención al Cliente como el Defensor del Cliente acusarán recibo de las reclamaciones, que serán resueltas conforme a Derecho y en el plazo aproximado de un mes desde la recepción de la reclamación, sin que en ningún caso pueda exceder el plazo legalmente establecido, conforme se determina en el Reglamento para la Defensa del Cliente que está a disposición de los Asegurados en las oficinas de la entidad y en su página web.

La Aseguradora quedará vinculada por las resoluciones del Defensor del Cliente, de conformidad con lo indicado en el citado Reglamento.

3. Si el Asegurado no está conforme con la solución dada a su reclamación, puede dirigirse al Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de



00000050

Pensiones, Pº de la Castellana, 44, 28046 Madrid o a través de su página web www.dgsfp.meh.es/reclamaciones/index.asp.

VIII.-Protección de datos personales

VIII.1 Datos proporcionados por el Tomador y finalidades del tratamiento

De conformidad con la normativa vigente en materia de protección de datos personales, el Tomador y demás personas incluidas en la Póliza de Seguro, consienten expresamente en que todos los datos personales facilitados con motivo de la contratación, y aquellos generados posteriormente a lo largo de la vigencia de la Póliza, incluidos datos de salud, y aquellos que siendo responsabilidad de terceros puedan ser consultados con finalidades legítimas, serán tratados bajo la responsabilidad de **Línea Directa Aseguradora S.A.**, e incorporados a ficheros de su titularidad, con las siguientes finalidades: el mantenimiento, gestión y ejecución de la relación contractual, el cumplimiento de las obligaciones establecidas legalmente, la prevención del fraude y la gestión del riesgo, la realización de estudios, scorings, modelos estadísticos y realización de encuestas y sorteos. Los datos facilitados podrán ser completados con información relativa al Tomador y demás personas incluidas en la Póliza de Seguro que legalmente o con su consentimiento, y en función de finalidades legítimas, proceda de fuentes accesibles al público y/o ficheros titularidad de terceras entidades, tales como Catastro, ficheros de solvencia patrimonial y crédito así como con datos externos estadísticos.

El Tomador y resto de personas incluidas en la Póliza de Seguro autorizan a **Línea Directa Aseguradora S.A.** a tratar sus datos con la finalidad de ofrecerle otros productos y servicios que permitan mejorar su salud, así como el envío, por cualquier medio, de publicidad y comunicaciones comerciales que pudieran resultar de su interés tanto de las entidades propias del Grupo Línea Directa Aseguradora como de terceras entidades con las que **Línea Directa Aseguradora S.A.** establezca vínculos de colaboración.

Igualmente, y con el objeto de prevenir el fraude, el Tomador y resto de personas incluidas en la Póliza consienten expresamente en que sean conservados por **Línea Directa Aseguradora S.A.** los datos necesarios para este fin aunque se haya extinguido la relación entre las partes. Si el Tomador y demás personas incluidas en la Póliza de Seguro no consintieran en la inclusión de sus datos en estos ficheros y su posterior tratamiento, el Contrato de Seguro no podría llevarse a efecto.

El Tomador podrá consentir además la adecuación de las ofertas comerciales de **Línea Directa Aseguradora S.A.** a su perfil particular, así como el envío postal, telefónico o electrónico, incluso una vez extinguida la relación contractual, de publicidad y ofertas relacionadas fundamentalmente con productos y servicios financieros, aseguradores y del sector del bienestar y la salud, automovilístico e inmobiliario del Grupo Línea Directa Aseguradora (Línea Directa Aseguradora S.A, Línea Directa Asistencia S.L. U., Motoclub LDA S.L. Centro Avanzado de Reparaciones S.L.U., Ámbar Medline S.L.U, LDA Reparaciones S.L.U y Fundación Línea Directa), del Grupo Bankinter (pudiendo encontrar información detallada y actualizada sobre las entidades que integran dicho Grupo en el siguiente enlace: www.bankinter.com, en la opción "Web Corporativa", seleccione la pestaña "Gobierno Corporativo" y a continuación el apartado "Participadas y Filiales"), así como de aquellas entidades con las que se pudiese llegar a acuerdos de colaboración, siendo los destinatarios de los datos los servicios técnicos comerciales de **Línea Directa Aseguradora S.A.**

Para el cumplimiento de las finalidades descritas, los datos proporcionados podrán ser tratados por otras entidades aseguradoras o reaseguradoras o por terceros colaboradores o proveedores de **Línea Directa Aseguradora S.A.**, que por razones de reaseguro, coaseguro o por la operativa en la gestión del servicio, intervengan en la gestión de la Póliza, pudiendo ser cedidos, cuando legalmente proceda, a ficheros comunes del sector asegurador.

El Tomador, en el caso de que se produzca alguna variación en los datos facilitados a **Línea Directa Aseguradora S.A.** para su tratamiento conforme a lo indicado en la presente cláusula, deberá notificarlo a **Línea Directa Aseguradora S.A.**

El Tomador se hace responsable de comunicar a todos los Asegurados incluidos en la Póliza la inclusión de sus datos en los ficheros anteriormente mencionados y el tratamiento que de los mismos pretende realizar **Línea Directa Aseguradora S.A.** para que puedan ejercitar ante la misma los derechos que estimen convenientes.

El Tomador informará a dichos Asegurados que los datos relativos a servicios médicos que les sean cubiertos por la Póliza, les serán comunicados al Tomador de la misma salvo que por parte del Tomador se libere por escrito a **Línea Directa Aseguradora S.A.** de su deber legal de informarle o sea solicitado por cualquiera de los Asegurados. El Tomador manifiesta que cuenta con el consentimiento de los Asegurados tanto para que por el Tomador se den sus datos personales a **Línea Directa Aseguradora S.A.** como para que **Línea**

Directa Aseguradora S.A. facilite al Tomador la información sobre los servicios médicos de los Asegurados, cubiertos por la Póliza.

El Tomador puede configurar sus preferencias de publicidad y oponerse a la cesión de datos con fines publicitarios en el momento de la firma de las Condiciones Particulares, enviando un correo electrónico a clienteslssi@vivaz.com, así como ejerciendo su derecho de oposición en cualquier comunicación comercial que reciba, incluso una vez extinguida la relación contractual o, mediante escrito dirigido a la dirección indicada en el punto 2 de la presente cláusula.

VIII.2 Derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición

En todo caso, el titular de los datos podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición mediante escrito, adjuntando fotocopia del Documento de Identidad, a la dirección:

Línea Directa Aseguradora, S.A.
Asesoría Jurídica
Ronda de Europa nº 7
28760 Tres Cantos
Madrid
Correo electrónico:
departamentolegal@vivaz.com

VIII.3 Ficheros comunes o de solvencia patrimonial

En el caso de que el Tomador tenga una deuda cierta, vencida y exigible con **Línea Directa Aseguradora S.A.**, y siempre que se cumplan los requisitos legales para ello, **Línea Directa Aseguradora S.A.** podrá comunicar dicho impago a ficheros de información sobre solvencia patrimonial y crédito.

Asimismo, cuando la operación así lo exija, **Línea Directa Aseguradora S.A.** efectuará la consulta en ficheros de solvencia patrimonial relativos al cumplimiento o incumplimiento o propensión al incumplimiento o cumplimiento de obligaciones dinerarias. Si el Tomador constara en cualquier momento en alguno de los ficheros consultados, **Línea Directa Aseguradora S.A.** podrá decidir no contratar o no renovar la Póliza con dicha persona, sin perjuicio de su derecho a alegar lo que estime pertinente.

IX. Anexo de coberturas y franquicias garantía opcional "Dental completo"

Este anexo recoge los tratamientos cubiertos por la Póliza dental. Se indica para tratamiento: si es gratuito para el Asegurado o, en el caso de ser un

servicio franquiciado, el importe que debe satisfacer el asegurado al profesional o centro dental.

Esta lista de tratamientos y precios podrá sufrir cambios con carácter anual en función de las variaciones en el Índice de Precios al Consumo, y serán actualizados en la web de **La Aseguradora**.

TRATAMIENTOS	coste
PRIMERAS VISITAS	
Primera visita y entrega de presupuesto	GRATUITO
Visita de revisión	GRATUITO
Visita de urgencia	GRATUITO
ODONTOLOGÍA PREVENTIVA	
Educación bucodental	GRATUITO
Enseñanza de técnicas de cepillado	GRATUITO
Fluorizaciones	GRATUITO
Selladores oclusales	GRATUITO
Limpieza de boca. Tartrectomía (ambas arcadas) sobre periodonto sano	GRATUITO
Planificación de dieta para control de caries	GRATUITO
Tinción e índice de placa	GRATUITO
Regeneración parcial hipoplasia (por diente)	20€
Tratamiento con férula blanda	60€
Tratamiento con protector bucal (para deporte)	135€
RADIOLOGÍA	
Radiografías Odontológicas (periapical, aleta, oclusal)	GRATUITO
Ortopantomografía (Panorámica Dental)	GRATUITO
Telerradiografía lateral o frontal de cráneo	GRATUITO
Radiografía de A.T.M	GRATUITO
Estudio Tomográfico (T.C.) una arcada	115€
Estudio Tomográfico (T.C.) dos arcadas	150€
Serie radiográfica periodontal	GRATUITO
OBTURACIONES	
Obturación provisional	GRATUITO
Obturación simple o compuesta	32€
Reconstrucción de ángulos	35€
Reconstrucción coronaria total	45€
Poste prefabricado o retención radicular	GRATUITO
Pins o espigas en dentina	GRATUITO
Reconstrucción coronaria total con postes de carbono o fibra de vidrio	55€
Reconstrucción de muñón	55€
ENDODONCIAS	
Endodoncias mecanizadas con material rotatorio (suplemento)	33€
Endodoncias unirradiculares	65€
Endodoncias multirradiculares	95€
Reendodoncias unirradiculares	84€
Reendodoncias multirradiculares	140€
Curas	GRATUITO
Protección pulpar (recubrimiento pulpar)	20€
Apertura drenaje pulpar (sin tratamiento endodoncico)	25€
Apicoformación (por sesión)	19€
Endodoncia en diente temporal (pulpotomía)	42€



00000050

PERIODONCIA

Diagnóstico y sondaje	GRATUITO
Tallado selectivo	GRATUITO
Análisis oclusal	GRATUITO
Periodontograma	43€
Injerto libre de encía (por pieza)	130€
Curetaje por cuadrante	24€
Raspaje y alisado radicular (por cuadrante)	45€
Cirugía periodontal (curetaje quirúrgico por pieza)	18€
Alargamiento coronario (por pieza)	102€
Colgajo reposición apical (por cuadrante)	175€
Widman modificado (por cuadrante)	218€
Plastia muco-gingival (por cuadrante)	218€
Ferulización de dientes (por diente)	20€
Mantenimiento periodontal (por cuadrante)	20€
Mantenimiento periodontal postquirúrgico (sesión)	30€
Cirugía a colgajo (por diente)	50€
Gingivectomía (por cuadrante)	29€
Colocación de materiales biológicos (hueso liofilizado y otros biomateriales)	225€
Regeneración tisular guiada con membrana reabsorbible	225€
Regeneración tisular guiada con membrana de reabsorción lenta	380€
Sistema de sujeción de membrana (chincheta de titanio, cada una)	30€
Obtención y aplicación de plasma rico en plaquetas	175€

ORTODONCIA

Primera visita para reconocer al paciente	GRATUITO
Cajitas de ortodoncia	GRATUITO
Estudio cefalométrico (incluye moldes)	45€
Estudio fotográfico	23€
Visitas periódicas de revisión ortodoncia	29€
Tratamiento ortodóncico con aparatología fija (cada arcada)	275€
Tratamiento ortodóncico con aparatología móvil (cada aparato)	210€
Colocación de aparatos auxiliares (quadhelix, bihelix, botón de nance, barra palatina, mentoneras, anclajes extra orales, bumper, máscara facial y similares) (cada aparato)	100€
Tratamiento ortodóncico con Brackets autoligables (cada arcada)	650€
Reposición de Brackets (unidad)	3€
Reposición de Brackets estéticos (unidad)	5€
Reposición de Brackets autoligables (unidad)	10€
Colocación placas de retención, férula o hawley (unidad)	105€
Ferulización de dientes (por arcada). Retención fija	140€
Mantenedor de espacio fijo	60€
Mantenedor de espacio móvil	45€
Renovación aparatología móvil, cambio, pérdida o rotura	200€
Compostura en aparatología móvil o fija	33€
Recargo por Brackets de porcelana (por arcada)	410€
Recargo por Brackets de fibra de vidrio (por arcada)	175€

PRÓTESIS FIJA

Recementado del mantenedor	GRATUITO
Cementado o recementado de coronas o puentes	GRATUITO
Corona provisional acrílico	17€
Corona parcial o incrustación	105€
Casquillos de metal como provisional	10€
Corona metal colada	92€
Corona cerámica sin metal tipo in ceram, procera, empres	330€
Puente cerámica sin metal tipo inceram, procera, empres (unidad)	330€

Corona de zirconio	410€
Puente fijo zirconio (por pieza)	410€
Muñón colado multirradicular	63€
Muñón colado unirradicular	50€
Corona metal porcelana	190€
Puente fijo porcelana (por pieza)	180€
Puente Maryland (pieza y dos apoyos)	270€
Barra Ackerman (corona aparte / cada tramo)	59€

PRÓTESIS REMOVIBLE

Composturas y ajustes

Composturas simples de prótesis removibles (por pieza a colocar o gancho no colado)	GRATUITO
Compostura soldadura (cada una)	GRATUITO
Soldar gancho o retenedor	GRATUITO
Rebase de prótesis removible	GRATUITO
Rebase con resina o similares acondicionadores de forma provisional, en la prótesis removible	GRATUITO
Ajustes oclusales sin montaje en articulador para prótesis	GRATUITO
Ajustes oclusales con montaje en articulador con toma de impresiones estudio oclusal	GRATUITO
Añadir piezas nuevas en aparatos hechos (unidad)	31€

Protesis removible acrílica

Prótesis removible completa (superior o inferior)	260€
Prótesis removible completa (ambas arcadas)	440€
Prótesis parcial removible acrílico (de 1 a 3 piezas)	126€
Prótesis parcial removible acrílico (de 4 a 6 piezas)	201€
Prótesis parcial removible acrílico (de 7 o más piezas)	251€
Recargo resina hipoalérgica (cada arcada)	40€

Protesis removible flexible

Prótesis Valplast o Flexite de 1 a 2 piezas	374€
Prótesis Valplast o Flexite de 3 a 5 piezas	396€
Prótesis Valplast o Flexite más de 6 piezas	428€
Preparación y colocación de reparaciones o composturas	65€
Por piezas añadidas (cada una)	65€
Neobase (hasta 5 piezas)	72€
Neobase (más 5 piezas)	150€
Valplast o Flexite incluyendo esquelético y piezas de 1 a 5	485€
Valplast o Flexite incluyendo esquelético y piezas de 6 o más	540€

Protesis esqueléticos

Esquelético (estructura base para una o varias piezas)	145€
Esquelético (terminación en acrílico por pieza)	35€
Soldar sochapas (cada una)	32€
Piezas sochapadas (cada una)	32€
Sujetadores precisión (attaches) (cada unidad)	60€
Ganchos estéticos (resina acetálica) (cada uno)	76€
Reposición de sistemas retención (caballitos o teflones)	46€

CIRUGÍA ORAL

Retirar puntos	GRATUITO
Extracciones que no precisen cirugía (excluidos cordales o piezas incluidas)	GRATUITO
Extracciones que precisen cirugía (excluidos cordales o piezas incluidas)	100€
Extracción por odontosección	29€
Extracción de cualquier pieza incluida (una sola pieza)	110€
Extracción de cordal simple sin cirugía	60€
Extracción de cordal semi-incluido	70€
Extracción de cordal incluido	110€
Restos radiculares con cirugía	70€
Quistectomía (quistes maxilares)	106€
Cirugía periapical (apicectomía incluida)	106€
Diente incluido. Fenestración	85€

Frenillo lingual o labial. Frenectomía	75€
Amputación radicular terapéutica (hemisección)	32€
Reimplantación de piezas (por pieza)	69€
Regularización de bordes alveolares	55€
Toma de biopsia	GRATUITO
Torus maxilares (cada uno)	45€
Cirugía menor (tejidos blandos)	70€
Cirugía preprotésica	106€
Apertura y drenaje abscesos (cada uno)	60€

IMPLANTOLOGÍA

Estudio implantológico	GRATUITO
Falso muñón de titanio	GRATUITO
Tornillo de cicatrización	GRATUITO
Tornillo de cementación	GRATUITO
Férula quirúrgica	GRATUITO
Férula radiológica	GRATUITO
Colocación de un implante	670€
Implante de carga inmediata (unidad)	875€
Revisiones implantología	GRATUITO
Mantenimiento y reajuste anual de prótesis e implante (por implante)	22€
Mantenimiento quirúrgico del implante (por implante)	58€
Corona cerámica sobre implante	255€
Corona de zirconio sobre implante	425€
Corona provisional sobre implante	29€
Corona provisional sobre implante inmediato	35€
Aditamento protésico por implante (incluye pilar cementado, calcinable, tornillo retención y transeptelial)	110€
Aditamento protésico sobre implante inmediato	169€
Puente cerámica unidad en pñtico o sobre implante	230€
Dentadura híbrida (superior o inferior)	1670€
Dentadura híbrida (ambas arcadas)	3120€
Sobredentadura sobre implantes	610€
Mesoestructura en barra	555€
Elevación de Seno	375€
Colocación de materiales biológicos (hueso liofilizado y otros biomateriales)	225€
Regeneración tisular guiada con membrana reabsorbible	225€
Regeneración tisular guiada con membrana de reabsorción lenta	380€
Sistema de sujeción de membrana (chincheta de titanio, cada una)	30€
Obtención y aplicación de plasma rico en plaquetas	175€
Prótesis mucosoportada sistema barra (incluye barras y caballitos) (por arcada)	800€
Prótesis mucosoportada (por arcada)	800€
Locators (cada uno)	285€
Reposición de sistemas retención (caballitos o teflones o hembras de sobredentadura)	49€
Reposiciones de completas con caballitos sobre barra (caballitos o teflones)	365€

ESTÉTICA DENTAL

Incrustación porcelana	140€
Carillas de porcelana (por pieza)	200€
Corona cerámica sin metal tipo in ceram, procera, empress	330€
Puente cerámica sin metal tipo inceram, procera, empress (unidad)	330€
Corona de zirconio	410€
Puente fijo zirconio (por pieza)	410€
Blanqueamiento en consulta (por arcada dental, sesiones incluidas)	135€
Blanqueamiento dental por pieza cada sesión	49€
Blanqueamiento interno (por pieza, cada sesión)	55€

Blanqueamiento dental en domicilio ambas arcadas (férulas, kit y visitas incluidas)	170€
Blanqueamiento dental combinado consulta más domicilio	400€
Carillas de composite (por pieza)	75€

PATOLOGÍA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR

Estudio articulación, anamnesis, exploración, toma de registros, montaje y análisis en articulador.	85€
Revisión periódica (anual)	35€
Tallado selectivo. Ajuste oclusal (incluye montaje de modelos en articulador semiajustable) (Tratamiento completo)	80€
Tratamiento con férula de descarga neuromiorrelajante. Tipo Michigan	138€
Tratamiento con férula de adelantamiento mandibular	270€
Reparaciones, rebases y reajustes de férula	33€
Colocación de botones y elásticos clase III (unidad)	135€

VARIOS

Recargos metal precioso o semiprecioso	Seg. Cot.
--	-----------

ORTODONCIA INVISIBLE-INVISALING

Tratamiento Ortodóncico con Invisaling (entrada)	1450€
Visitas periódicas de revisión ortodoncia invisaling (por mes)	125€
Estudio invisaling	450€
Renovación por pérdida de alineador (unidad)	160€
Reinicio de tratamiento por interrupción (nuevo estudio)	450€
Corrección durante el tratamiento (estudio y alineadores)	225€
Fase de retención con retenedores Invisaling	440€

PARA MENORES DE 15 AÑOS EN DIENTES TEMPORALES Y DEFINITIVOS SIN NECESIDAD DE REVISIONES PERIÓDICAS

Educación bucodental	GRATUITO
Enseñanza de técnicas de cepillado	GRATUITO
Fluorizaciones	GRATUITO
Selladores oclusales	GRATUITO
Obturación provisional	GRATUITO
Obturación simple	GRATUITO
Reconstrucción de ángulos	22€
Curas	GRATUITO
Protección pulpar (recubrimiento pulpar)	GRATUITO
Apertura drenaje pulpar	GRATUITO
Apicoformación (por sesión)	38€
Mantenedor de espacio fijo	GRATUITO
Corona prefabricada pediátrica	23€
Mantenedor de espacio móvil	GRATUITO
Recemendado del mantenedor	GRATUITO
Extracciones (excluidos cordales y piezas incluidas) que no precisen cirugía maxilofacial	GRATUITO

X. Aceptación de la Póliza.

El Tomador reconoce haber recibido, leído y entendido esta Póliza de seguro de **Línea Directa Aseguradora, S.A.**, en sus **Condiciones Generales y Particulares**, aceptando todas ellas, tanto las que delimitan el riesgo como las que **fijan las prestaciones aseguradas y/o exclusiones, considerando que ha sido**



00000050

convenientemente informado de todos los términos del aseguramiento, por lo que otorga su pleno consentimiento al contrato con **La Aseguradora.**