

# “LA MÚTUA” PLUS

## Seguro de Enfermedad de Reembolso de Gastos

### Condiciones Generales

El presente contrato se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, del Contrato de Seguro, y por lo dispuesto en estas Condiciones Generales y en las Condiciones Particulares de la propia póliza, sin que tengan validez las cláusulas limitativas de los derechos de los Asegurados que no sean expresamente aceptadas por el Tomador en las Condiciones Particulares. No requerirán dicha aceptación las meras transcripciones o referencias a preceptos legales o reglamentarios imperativos.

**hna**, cuya denominación social es Hermandad Nacional de Arquitectos Superiores, Mutualidad de Previsión Social a Prima Fija, está inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, Tomo 11732, Sección 8, Folio 60, Hoja M-62064, Inscripción 28 y en el Registro de Entidades de Previsión Social con el número 3028, tiene su domicilio social en España, sito en la Avenida de Burgos, número 21 de Madrid y tiene como número de identificación fiscal G28306678.

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

Los tomadores, asegurados, beneficiarios, terceros perjudicados o derechohabientes de cualquiera de los anteriores podrán plantear reclamación ante:

-Servicio de reclamaciones

Si el asegurado estuviera disconforme con la resolución dictada por los Servicios Centrales de **hna**, respecto de la interpretación de las Condiciones Generales y Particulares de la póliza, podrá formular su reclamación ante este Servicio.

Para ello será necesario que el interesado presente un escrito en el que se expondrá de manera expresa sus datos de identidad, el número de póliza y documentación contractual en que se basa la reclamación así como los motivos en que se fundamenta, debiendo aportar aquellos documentos que se consideren relevantes para la resolución de la reclamación. Tras estudiar la reclamación este servicio dictará, en el plazo de dos meses, resolución que será comunicada por escrito al reclamante.

-Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones

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

-Juzgados y Tribunales

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

## ÍNDICE

Definiciones .....	5
Objeto .....	6
Cobertura del seguro .....	6
Exclusiones .....	11
Reembolso .....	11
Limitaciones al reembolso .....	11
Periodos de carencia .....	12
Duración del seguro .....	13
Primas .....	13
Anticipos .....	13
Prestaciones .....	14
Cuadro Médico .....	14
Deberes del Tomador y Asegurado .....	15
Subrogación .....	15
Indisputabilidad .....	15
Tributos .....	15
Extravío o destrucción .....	16
Comunicaciones .....	16
Prescripción .....	16
Jurisdicción .....	16
Protección de datos de carácter personal .....	16

## ANEXOS

ANEXO I. Asistencia en viaje.....	18
ANEXO II. Servicio de segundo diagnóstico internacional .....	19
ANEXO III. Servicio odonto-estomatológico baremado.....	19

## **DEFINICIONES**

### **Asegurador**

hna, que en contraprestación al cobro de la correspondiente prima asume la cobertura del riesgo objeto de esta póliza y garantiza el pago de las prestaciones que correspondan con arreglo a las estipulaciones del mismo.

### **Tomador**

Es la persona física o jurídica que contrata la cobertura del riesgo objeto de esta póliza para los asegurados.

### **Asegurado**

Cada una de las personas físicas sobre las que se estipula la cobertura de los riesgos objeto de esta póliza.

### **Póliza**

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

### **Condiciones Particulares**

El documento que individualiza las coberturas para cada Asegurado. Se emitirá por el Asegurador para cada Asegurado que haya sido aceptado, en función de la solicitud de aseguramiento y del cuestionario de salud que hubiese remitido para la contratación del seguro.

### **Fecha de efecto**

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

### **Carencia**

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

### **Prima**

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

### **Franquicia**

El importe que debe satisfacer el Asegurado al Asegurador por el uso de los Centros Médicos Concertados, según las condiciones establecidas en la presente póliza.

### **Acto Médico**

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

### **Accidente**

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

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

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

### **Enfermedad**

Toda alteración de la salud del Asegurado no causada por accidente, que sea 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. Una afección congénita puede manifestarse y ser reconocida inmediatamente después del nacimiento, o bien ser descubierta más tarde, en cualquier período de la vida del Asegurado.

### **Enfermedad de larga duración**

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

### **Enfermedad preexistente**

Toda enfermedad del Asegurado padecida con anterioridad a la contratación de este seguro.

## **Hospital**

Todo establecimiento autorizado legalmente para el tratamiento médico o quirúrgico de enfermedades o lesiones corporales, atendido permanentemente por un médico. No se consideran hospitales, a efectos de esta póliza, los hoteles, 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.

## **Intervención quirúrgica**

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

## **Médico**

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

## **Prótesis**

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

## **Urgencia**

Necesidad inmediata de tratamiento médico o quirúrgico, a fin de evitar un daño irreparable a la salud del Asegurado.

## **OBJETO**

### **1. El Asegurador:**

- Se obliga a reembolsar total o parcialmente los gastos que se deriven de tratamiento médico o quirúrgico que, a consecuencia de enfermedad o accidente, el Asegurado precise durante la vigencia de la póliza y de acuerdo con las condiciones que se recogen en la misma.

### **2. El Asegurado:**

- Podrá obtener el reembolso total o parcial de los gastos que se deriven de tratamiento médico o quirúrgico prestado en cualquier país del mundo, si bien en todo caso el Asegurado deberá residir habitualmente en España.

- Podrá libremente elegir los servicios del hospital, médico o ATS/DUE que considere más oportuno, sin perjuicio de las autorizaciones que sean necesarias. Asimismo, el Asegurado puede utilizar el Cuadro Médico concertado por el Asegurador.

## **COBERTURA DEL SEGURO**

Sin perjuicio de las limitaciones, exclusiones y periodos de carencia previstos en estas Condiciones Generales, el Asegurador se obliga a reembolsar total o parcialmente los gastos que se deriven de tratamiento médico o quirúrgico que correspondan a las siguientes especialidades y servicios:

### **A. Enfermería**

La cobertura de la presente póliza incluye los servicios ambulatorios de A.T.S./D.U.E.

### **B. Especialidades médicas**

#### **1. Alergología e inmunología**

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

**No incluye los gastos correspondientes a las vacunas, que serán por cuenta del Asegurado y por tanto no reembolsables.**

#### **2. Anestesiología y reanimación**

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

#### **3. Angiología y cirugía vascular**

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

#### **4. Aparato digestivo**

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

#### **5. Cardiología**

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

## 6. Cirugía cardiovascular

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

## 7. Cirugía general y digestiva

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

## 8. Cirugía maxilo-facial

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

**No incluye la asistencia y los tratamientos incluidos en las especialidades de estomatología y de odontología.**

## 9. Cirugía pediátrica

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

## 10. Cirugía plástica y reparadora

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

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

## 11. Cirugía torácica

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

## 12. Dermatología

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

**No se incluyen los tratamientos del cuero cabelludo y de lesiones actínicas de la piel.**

## 13. Endocrinología

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

## 14. Geriátrica

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

**No se incluyen los gastos generados durante la estancia en residencias.**

## 15. Hematología y hemoterapia

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

## 16. Medicina general y medicina de familia

Sin perjuicio de lo establecido para cada categoría médica en particular, la cobertura del presente contrato incluye los servicios de asistencia general.

## 17. Medicina interna

La cobertura de la presente póliza incluye las consultas, el estudio y tratamiento de las enfermedades generales de los órganos internos.

## 18. Nefrología

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

**No incluye el estudio y tratamiento de la diálisis crónica.**

## 19. Neonatología

La cobertura de la presente póliza incluye las consultas, el estudio y el tratamiento de las enfermedades del recién nacido, durante los primeros treinta días de vida y siempre que el parto hubiera sido objeto de la cobertura del presente contrato.

## 20. Neumología

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

## 21. Neurocirugía

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

## 22. Neurología

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

### 23. Obstetricia y ginecología

La cobertura de la presente póliza incluye:

- La asistencia al parto normal o por cesárea, incluyendo la anestesia epidural.
- Los servicios necesarios para la vigilancia del embarazo por médico tocólogo y asistencia por éste a los partos, siempre que éstos sean objeto de cobertura en la presente póliza.
- Las enfermedades de los órganos genitales femeninos.
- La planificación familiar incluyendo el control del tratamiento con anovulatorios, la ligadura de trompas y la vasectomía así como la colocación de DIU y su vigilancia, siendo de cuenta de la Asegurada el coste de éste y los medicamentos.
- Una revisión ginecológica anual.
- Consultas para la detección de problemas de infertilidad.

### 24. Oftalmología

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

**No se incluye el tratamiento de dolencias congénitas y las consultas para la adaptación de lentes o lentillas.**

### 25. Oncología médica

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

### 26. Oncología radioterápica

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

### 27. Otorrinolaringología

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

### 28. Pediatría y puericultura

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

### 29. Proctología

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

### 30. Psiquiatría

La cobertura de la presente póliza incluye las consultas, el estudio y tratamiento de enfermedades mentales y nerviosas bajo prescripción facultativa.

### 31. Reumatología

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

### 32. Traumatología y cirugía ortopédica

La cobertura de la presente póliza incluye las consultas, el estudio, el tratamiento e intervenciones quirúrgicas de los traumatismos y alteraciones osteoarticulares.

### 33. Urología

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

## C. Hospitalización

Incluye la cobertura de los siguientes conceptos:

1. Gastos por honorarios de médicos, de ayudantes, de anestelistas, de ATS, de DUE, por utilización de quirófano, por material, por medicamentos o por cualquier otro servicio médico prestado durante la hospitalización.
2. Gastos por estancia hospitalaria en habitación individual con cama para un acompañante.
3. Gastos por estancia hospitalaria en Unidades de Vigilancia Intensiva (U.V.I.) o en Unidades de Cuidados Intensivos (U.C.I.).
4. Gastos por estancia del recién nacido en incubadora.

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

## D. Medios de diagnóstico

### 1. Análisis clínicos, anatomopatológicos y biológicos.

La cobertura de la presente póliza incluye los gastos que se deriven de análisis clínicos, anatomopatológicos y biológicos.

### 2. Radiodiagnóstico

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

- Radiología general, digestiva y bucal.
- Ecografía.
- Mamografía.
- Scanner (TAC).
- Resonancia Magnética (RMN).
- Angiografía.
- Arteriografía digital.
- Medicina nuclear.
- PET.

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

### 3. Cardiología

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

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

### 4. Neurofisiología Clínica

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

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

### 5. Endoscopias

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

### 6. Urodinámica

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

## E. Otros servicios

### 1. Ambulancias

La cobertura de la presente póliza incluye los traslados en ambulancia terrestre, dentro del territorio nacional, siempre que se hayan realizado con ocasión de la hospitalización del Asegurado o en situaciones de urgencia.

### 2. Desplazamientos

La cobertura de la presente póliza incluye el reembolso de los gastos que se indican a continuación, satisfechos cuando la intervención quirúrgica cubierta por el presente contrato no pueda realizarse en la provincia en que resida el Asegurado. Esta circunstancia se acreditará mediante informe del Colegio Oficial de Médicos del lugar de residencia o en su defecto del organismo que a juicio de hna ofrezca garantías de imparcialidad, o en su caso, sin necesidad de acreditación cuando tal circunstancia sea notoria.

- por desplazamiento del Asegurado superior a los 100 kilómetros: 0,15 euros por kilómetro. Cuando el Asegurado resida en una isla o el acto médico deba realizarse en el extranjero, la prestación será, independientemente del número de personas que acompañen al Asegurado, de un importe equivalente al precio de un billete de avión en clase turista para un mayor de edad, salvo que se trate de un menor que deba ir acompañado, en cuyo caso, se reembolsará además el importe del billete de avión del menor.

- por estancia extrahospitalaria del Asegurado y de un acompañante: 60 euros diarios.

- por estancia extrahospitalaria del acompañante cuando el hospital no le facilite alojamiento: 60 euros diarios.

### 3. Logopedia y foniatría

La cobertura de la presente póliza incluye el tratamiento de la logopedia y foniatría cuando tengan por causa una intervención quirúrgica mayor de laringe.

### 4. Matronas

La cobertura de la presente póliza incluye el servicio de matrona en la asistencia al parto.

### 5. Medicina preventiva

La cobertura de la presente póliza incluye un chequeo médico bianual, siempre y cuando se realice en un Centro Médico concertado por el Asegurador. Dicho chequeo médico incluirá una exploración física completa, una analítica elemental de sangre y orina, y un electrocardiograma.

## 6. Medicamentos

La cobertura de la presente póliza incluye el coste de medicamentos y fármacos que precisen adquirir los Asegurados no ingresados en un centro hospitalario y que padezcan una enfermedad en la que concurran las siguientes condiciones:

- Que la supresión de la medicación ponga en peligro inminente su vida.
- Que sean necesarios para el tratamiento de una enfermedad cuya duración previsiblemente se prolongue más de 60 días.
- Que el coste mensual de los medicamentos necesarios para el tratamiento de la misma sea superior a la cantidad de 450 euros.

Los medicamentos y fármacos cuyo importe reembolsará el Asegurador serán los estrictamente necesarios para el tratamiento de la enfermedad, siendo imprescindible la presentación de la receta y justificante de pago para obtener el reembolso de su importe.

La concesión de esta cobertura está condicionada a la aportación de un informe médico que, a juicio del Asegurador, justifique la necesidad de la medicación y la concurrencia de las condiciones referidas.

## 7. Podología

La cobertura de la presente póliza incluye tres quiropodias anuales.

## 8. Preparación al parto

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

## 9. Prótesis

La cobertura de la presente póliza incluye el coste de las siguientes prótesis: válvulas cardíacas, marcapasos, bypass vascular, prótesis de cadera y prótesis internas traumatológicas.

## 10. Trasplantes

La cobertura de la presente póliza incluye los gastos que se deriven del trasplante de cualquier órgano que se realice en los centros sanitarios debidamente autorizados.

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

En el extranjero, el asegurador no se hará cargo de los posibles costes de los órganos a trasplantar, ni los derivados de su localización, obtención y puesta a disposición de los mismos al equipo médico que realizará la intervención.

## F. Tratamientos especiales

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

### 1. Aerosolterapia, ventiloterapia y oxigenoterapia

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

### 2. Diálisis y riñón artificial

La cobertura de la presente póliza incluye los tratamientos de diálisis aguda y riñón artificial.

### 3. Fisioterapia y tratamientos de rehabilitación

La cobertura de la presente póliza incluye los tratamientos de rehabilitación y fisioterapia siempre que deriven de enfermedad o accidente cubiertos por el presente contrato.

### 4. Litotricia renal

La cobertura de la presente póliza incluye las operaciones de pulverización, dentro de las vías urinarias, el riñón o la vesícula biliar, de las piedras o cálculos que en dichos órganos haya.

### 5. Nutrición parenteral

La cobertura de la presente póliza incluye durante el periodo de hospitalización, los gastos derivados de la alimentación administrada por una vía distinta de la digestiva o intestinal.

### 6. Interrupción del embarazo

La cobertura de la presente póliza incluye los gastos que se deriven de la interrupción del embarazo.

### 7. Radioterapia, cobaltoterapia y quimioterapia

La cobertura de la presente póliza incluye los servicios de radioterapia, cobaltoterapia y quimioterapia.

### 8. Transfusiones de sangre o plasma

La cobertura de la presente póliza incluye las transfusiones de sangre o plasma derivadas de la hospitalización del Asegurado.

## 9. Tratamiento del dolor

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

## G. Urgencias

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

## EXCLUSIONES

### 1. Quedan excluidos del seguro los gastos incurridos en tratamientos médicos o quirúrgicos:

- Que deriven de enfermedades, lesiones, defectos o deformaciones preexistentes, salvo que hayan sido declarados en el cuestionario de salud y el Asegurador haya aceptado expresamente su cobertura en las Condiciones Particulares.

- Todos los actos médicos con fines estéticos o básicamente estéticos, tales como el láser vascular, dermatológico, etc, así como todos los actos médicos prestados por Centros de Medicina Estética o Dermatología Cosmética.

-Las consultas odontológicas, los tratamientos odontológicos y estomatológicos y las pruebas específicas dentarias, excepto las ortopantomografías realizadas en hospitales o centros de radiología.

- Correspondientes al tratamiento o terapia de drogadicción o alcoholismo, así como enfermedades o accidentes que traigan causa de ellos.

- Derivado de la tentativa de suicidio, de cualquier accidente causado por mala fe o intencionadamente por el Asegurado, de su participación en riñas o de actividades delictivas.

- Derivado de guerras, revoluciones, terrorismo o alzamiento, de fenómenos naturales tales como terremotos, inundaciones, erupciones volcánicas y fenómenos meteorológicos o de radiación nuclear o contaminación radiactiva.

- Derivado de epidemias declaradas oficialmente.

-Por esterilidad o infertilidad, tales como la fecundación in vitro (FIV), inseminación artificial, la microinyección espermática y similares.

- Derivado del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y de las enfermedades que del mismo se deriven.

- Que traiga causa de la práctica profesional de cualquier deporte o de la realización como aficionado de actividades tales como el boxeo, las artes marciales, la hípica, el esgrima, el paracaidismo y los deportes aéreos, el submarinismo y la pesca submarina, el alpinismo y los deportes de montaña, la espeleología, las carreras automovilísticas o de motos, así como la participación en corridas o encierros de reses bravas.

- Correspondientes a exámenes médicos que no tengan fines curativos, tales como la obtención de carnet de conducir, pruebas de paternidad y pruebas similares.

- Que correspondan a las llamadas "medicinas alternativas", tales como homeopatía, acupuntura, quiropráctica, digitopuntura y otras.

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

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

### 2. Se excluye asimismo la cobertura de cualquier gasto médico o quirúrgico:

- Devengado mientras la cobertura se hallase suspendida por impago de primas.

- Que corresponda a servicios prestados por el cónyuge o parientes del Asegurado, hasta el tercer grado de consanguinidad o afinidad.

## REEMBOLSO

1. El Asegurador reembolsará al Asegurado el 90 por 100 de los gastos satisfechos por éste con ocasión de su hospitalización en territorio español.

2. El Asegurador reembolsará al Asegurado el 80 por 100 para el resto de los gastos satisfechos por éste, tanto en España como en el Extranjero, cuya cobertura se incluya en el presente contrato.

## LIMITACIONES AL REEMBOLSO

Con independencia de los porcentajes de reembolso recogidos en el apartado anterior, el importe que el Asegurador reembolsará por la utilización de determinados servicios o especialidades no excederá de los siguientes límites:

**1. Por gastos satisfechos por el Asegurado, tanto dentro como fuera del territorio español, correspondientes a las coberturas incluidas en el presente contrato: 150.000 euros anuales.**

**2. Por honorarios en medicina ambulatoria: 20.000 euros al año, con los siguientes límites parciales.**

Consulta medicina general	100 euros
Consulta especialista	150 euros
Consulta pediátrica	150 euros
Consulta psiquiátrica	150 euros

**3. Por hospitalización en enfermedades de larga duración: 60 días al año.**

**4. Por hospitalización psiquiátrica: 50 días al año.**

**5. Por cirugía con laser Excimer y/o similar de miopía, astigmatismo y/o hipermetropía: 750 euros.**

**6. Por logopedia y foniatría: un período máximo de 6 meses.**

**7. Por preparación al parto: 180 euros por embarazo.**

**8. Por enfermedades congénitas del recién nacido, siempre y cuando el parto esté cubierto por esta póliza de seguro y el Asegurado Titular haya solicitado su inclusión en el contrato en el plazo de 30 días desde el nacimiento: un periodo máximo de 12 meses.**

**9. Por prótesis: 3.500 euros anuales.**

**10. Por diálisis y riñón artificial: 6 sesiones, sólo agudos.**

**11. Por fisioterapia y rehabilitación: 750 euros anuales.**

## PERIODOS DE CARENIA

El Asegurador está obligado a reembolsar los gastos médicos o quirúrgicos que son objeto de cobertura por la presente póliza desde la fecha de efecto para cada Asegurado. No obstante, se establecen los siguientes periodos de carencia para los servicios o especialidades que se indican a continuación:

1. **Seis meses** para la hospitalización.

2. **Seis meses** para la realización de intervenciones quirúrgicas.

3. **Seis meses** para los siguientes medios de diagnóstico de alta tecnología:

- Scanner (TAC).
- Resonancia Magnética (RMN).
- Angiografía.
- Arteriografía digital.
- Medicina nuclear.
- Polisomnografía.

4. **Diez meses** para los tratamientos especiales recogidos en la letra F. del apartado Cobertura del Seguro de la presente póliza.

5. **Seis meses** para la planificación familiar.

6. **Diez meses** para los gastos derivados del parto. En ningún caso estarán incluidos los gastos ginecológicos y obstétricos incurridos por una Asegurada que estuviese embarazada con anterioridad a la suscripción de la presente póliza.

Se exonerará de estos periodos de carencia a la asistencia médica o quirúrgica de urgencias, definida en el apartado G del epígrafe Cobertura del Seguro de la presente póliza.

## DURACIÓN DEL SEGURO

1. La presente póliza de seguro entrará en vigor en el día indicado en las Condiciones Particulares y vence el 31 de diciembre siguiente a la suscripción del mismo. La póliza será renovable tácitamente por periodos anuales salvo oposición expresa del Tomador, Asegurado o Asegurador manifestada por escrito con una antelación de al menos dos meses respecto al vencimiento de cualquier anualidad, que coincidirá en todo caso con el 31 de diciembre de cada año.

2. Las coberturas de la póliza cesarán automáticamente al producirse la resolución del mismo, sin que el Asegurado tenga derecho al reembolso de los gastos médicos incurridos con posterioridad a dicho momento.

3. En todo caso, la presente póliza de seguro se extinguirá para el Asegurado que:

- Fallezca.
- Al contratar incurrió en dolo o culpa grave o en caso de agravación del riesgo si no lo comunica al Asegurador, o actúa de mala fe.

- No emplee 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.

- No facilite al Asegurador, en caso de accidente con un tercero civilmente responsable, la información y documentación necesaria para la reclamación que proceda.

- Impide la comprobación por parte del Asegurador de la realidad de las coberturas por las que solicita el reembolso.

- Ejercite el derecho recogido en la cláusula “Devolución de Primas”.

4. Asimismo, la presente póliza se extinguirá para el Asegurado que alcance la edad de 65 años. A este respecto, y siempre que hubiera permanecido en la cobertura de la presente póliza por un periodo no inferior a 8 años, el Asegurado podrá optar por contratar la póliza de asistencia sanitaria que el Asegurador tuviera en vigor en ese momento.

5. La extinción de la póliza para un Asegurado por cualquiera de estos motivos se producirá en el día de su concurrencia o en el día en que el Asegurador tenga conocimiento de ellos, no existiendo para el Asegurado derecho a la devolución de la prima no consumida en el mes en el que se hace efectiva.

## **PRIMAS**

1. El pago de las primas se realizará por anticipado mediante domiciliación bancaria, para lo que el Tomador proporcionará al Asegurador una carta dirigida a la entidad de crédito autorizando el pago de los recibos correspondientes.

2. La prima será única para cada anualidad, si bien las Condiciones Particulares podrán prever su fraccionamiento mensual, trimestral o semestral, incluyendo en tal caso el correspondiente recargo. Si la cobertura es contratada una vez iniciado el año natural, se prorrateará la prima anual por los meses que resten hasta el 31 de diciembre.

3. La primera prima o fracción de ésta será exigible una vez suscrita la presente póliza de seguro. Si no hubiera sido pagada por culpa del Tomador, el Asegurador podrá resolver la póliza o exigir el pago de la prima en vía ejecutiva. En todo caso, si la prima no hubiera sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el Asegurador quedará liberado de su obligación, salvo pacto en contrario.

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

5. Si el contrato no ha quedado resuelto o extinguido conforme a lo previsto en los números anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las 24 horas del día en que el Tomador pague la prima.

6. Con anterioridad al 31 de diciembre de cada año, el Asegurador comunicará al Tomador el importe de las primas aplicables en la siguiente anualidad por cada uno de los Asegurados, en función de la edad y del sexo de cada uno de éstos y de las modificaciones que el Asegurador realice en su tarifa al objeto de adecuarla al incremento del coste de los servicios sanitarios y a la experiencia técnica de esta cobertura. El Tomador podrá optar, en caso de discrepancia con las primas previstas para la siguiente anualidad, por comunicar al Asegurador su voluntad de extinguir la póliza de seguro al vencimiento de la anualidad en curso.

## **ANTICIPOS**

1. El Asegurado podrá solicitar al Asegurador un anticipo para atender al pago de gastos por actos o servicios médicos cubiertos por esta póliza cuya cuantía se prevea superior a 600 euros.

2. Junto con la solicitud será preciso presentar un presupuesto elaborado por el Centro Médico o facultativo interviniente. Si al Asegurado se le hubiese exigido un depósito previo sería suficiente con la presentación del documento en el que se justifique éste.

3. El Asegurador concederá como máximo un anticipo por el 60 por 100 de la cantidad solicitada, previa firma del Asegurado o de su representante del documento en el que se reconozca la entrega del mismo.

4. El Asegurador se reservará el derecho de compensar el anticipo concedido al Asegurado en los primeros reembolsos de gastos médicos que éste le solicite.

Si, por cualquier circunstancia, no se llevase a cabo el acto médico para el cual se solicitó el anticipo el Asegurado procederá a su reintegro inmediato.

## **DEVOLUCIÓN DE PRIMAS**

El Asegurado, en el supuesto de que quedase insatisfecho en la tramitación de las prestaciones sanitarias de esta póliza, podrá solicitar al Asegurador la devolución de las primas que hubiese abonado durante el año. El Asegurador efectuará esta devolución, en el plazo máximo de 40 días desde la fecha en que se solicite por el Asegurado, deduciendo el coste de las prestaciones sanitarias de las que tenga constancia que haya incurrido dicho Asegurado durante ese año. La póliza quedará rescindida respecto del Asegurado en el momento en que se produzca la solicitud de esta devolución.

## PRESTACIONES

1. El reembolso de los gastos por el Asegurador se efectuará mediante transferencia bancaria a la cuenta corriente facilitada por el Tomador en la solicitud de aseguramiento.

2. Para obtener el reembolso de los gastos cubiertos por este seguro, el Tomador o el Asegurado deberán cumplir la correspondiente solicitud de reembolso, según modelo del Asegurador, a la que se acompañarán necesariamente las prescripciones médicas originales, las facturas originales correspondientes y todos los informes médicos pertinentes relativos a tales facturas.

Las facturas correspondientes deberán reunir los requisitos exigidos en cada momento por la normativa tributaria y, en todo caso, incluirán los datos identificativos de la persona física o jurídica que ha prestado el servicio (nombre y apellidos o denominación social, número de identificación fiscal, domicilio, número de colegiado y especialidad médica), del Asegurado destinatario del servicio (nombre y apellidos) y del acto médico prestado (descripción, fecha y coste).

En todo caso, el Asegurador podrá solicitar del Asegurado toda la información que estime necesaria para completar la documentación remitida. El Asegurado autoriza al Asegurador para solicitar dicha información directamente de quienes hayan prestado el servicio, liberándolos si fuera menester de su obligación de secreto profesional, así como para que los médicos designados por el propio Asegurador efectúen los exámenes médicos o revisiones que estimen oportunos.

3. El Tomador o el Asegurado tienen un plazo de 2 meses para la presentación de la solicitud de reembolso.

## CUADRO MÉDICO

1. El Asegurador podrá establecer acuerdos con hospitales, médicos, ATS/DUE, laboratorios de análisis o cualquier otro centro o profesional cuyos servicios puedan estar cubiertos por este contrato. Con tales acuerdos, el Asegurador configurará su Cuadro Médico, que será entregado al Tomador y a los Asegurados en el momento de suscribir este contrato.

2. El Asegurador proporcionará a cada Asegurado una tarjeta sanitaria, que podría incluir una fotografía digital del Asegurado. Esta tarjeta sanitaria es propiedad del Asegurador y su uso es personal e intransferible por el Asegurado. El Asegurado deberá comunicar inmediatamente la pérdida o sustracción de la tarjeta en un plazo de 72 horas, para su anulación por el Asegurador. El Asegurador no será responsable por el uso indebido o fraudulento de la tarjeta en tales supuestos. El Asegurado

deberá devolver en un plazo de setenta y dos horas la tarjeta sanitaria en el momento en que quede resuelta esta póliza de seguro.

3. El Asegurado se obliga a presentar la citada tarjeta sanitaria al requerir cualquiera de los servicios concertados en el Cuadro Médico. El Asegurador liquidará directamente la totalidad de los gastos correspondientes a la utilización de tales servicios, quedando exonerado de efectuar reembolso alguno de los gastos que el Asegurado hubiera podido satisfacer por no presentar su tarjeta sanitaria, así como lo que hubiese abonado por mejoras por él solicitadas y no comprendidas en los acuerdos firmados por el Asegurador para la confección del Cuadro Médico.

4. Los Asegurados o persona que les represente comunicarán previamente a hna cualquier intervención quirúrgica u hospitalización del Asegurado en un Centro del Cuadro Médico a efectos de que se autoricen los mismos. En los supuestos de urgencia, ésta comunicación se realizará en el plazo máximo de 7 días. La comunicación comprenderá todos los detalles acerca del proceso determinante de la intervención quirúrgica u hospitalización y cuantos datos sean necesarios o requeridos por hna.

5. Los medios diagnósticos y tratamientos especiales que precisan autorización previa del Asegurador para su realización por el Cuadro Médico son los siguientes:

- Análisis clínicos: Cariotipos.
- Radiodiagnóstico: Scanner (TAC), Resonancia Magnética (RMN), Radiología Vascular (Angiografía, Arteriografía digital, etc.), Medicina Nuclear y PET.
- Cardiología: Hemodinámica, cateterismo y doppler.
- Neurofisiología: Todas las técnicas (Electroencefalograma, Electromiograma, etc.).
- Diálisis y riñón artificial.
- Radioterapia, cobaltoterapia y quimioterapia.
- Fisioterapia y tratamientos de rehabilitación.

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

En supuestos de urgencia, dicha autorización deberá solicitarse inexcusablemente en el plazo máximo de 7 días desde el momento en que se haya producido dicha urgencia.

**6. El Asegurado abonará al Asegurador una franquicia por cada acto o servicio médico, a partir del séptimo, que reciba anualmente en un Centro Médico Concertado, excepto por intervenciones quirúrgicas que requieran hospitalización.**

**El importe correspondiente a cada franquicia se determinará con la siguiente tabla de tarifas:**

## **Actos o Servicios Médicos Franquicia por cada acto**

<b>Los 6 primeros</b>	<b>0 euros</b>
<b>Del 7º al 9º</b>	<b>6 euros</b>
<b>Del 10º al 12º</b>	<b>9 euros</b>
<b>A partir del 13º</b>	<b>12 euros</b>

**A estos efectos, no computarán aquellos actos médicos cuyo coste sea inferior a 6 euros. Se considerarán como un solo acto médico franquiciable las consultas obstétricas que se efectúen durante el período de gestación y, para los menores de 2 años de edad, las diez primeras consultas anuales de pediatría.**

## **DEBERES DEL TOMADOR Y ASEGURADO**

1. El Tomador para contratar el presente seguro formalizará una solicitud de aseguramiento para cada Asegurado, que incluirá un cuestionario de salud.

2. Cada Asegurado deberá declarar al Asegurador, mediante el cuestionario de salud que éste les proporcione, todas las circunstancias conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. Igualmente, deberán comunicar al Asegurador durante la vigencia del contrato y tan pronto como sea posible, todas las circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de suscribir la póliza, no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas.

3. A la vista de este cuestionario, el Asegurador comunicará a cada posible Asegurado la aceptación total o parcial de la solicitud de aseguramiento o, en su caso, la denegación de la misma.

4. La contratación se efectuará mediante la suscripción por el Tomador de un original y una copia de las Condiciones Particulares. La copia una vez firmada se entregará al Asegurador.

5. El Tomador o el Asegurado, una vez recibidas las Condiciones Generales y Particulares, deberán comprobar que los datos en ellas contenidos son correctos. En caso de no ser así, podrán solicitar, en el plazo de un mes, la rectificación de los errores producidos. Transcurrido dicho plazo sin efectuar reclamación alguna, surtirán efecto las disposiciones contenidas en las mismas. La rectificación de los errores producidos podrá conllevar la modificación de las primas, sin que la modificación entre en vigor hasta que la mayor prima, en su caso, se satisfaga.

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

7. El Asegurado deberá comunicar al Asegurador la existencia de cualquier otro seguro de enfermedad o de asistencia sanitaria que le dé cobertura. El incumplimiento de este deber facultará al Asegurador para reclamar los daños y perjuicios que origine.

## **SUBROGACIÓN**

El Asegurador, una vez reembolsados los gastos, podrá ejercer los derechos y acciones que correspondieran al Asegurado frente a las personas responsables de la enfermedad o accidente de que se deriven los gastos hasta el importe del reembolso efectuado. En caso de concurrencia del Asegurador y Asegurado frente al tercero responsable, el recobro obtenido se repartirá entre ambos en proporción a su respectivo interés.

## **INDISPUTABILIDAD**

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

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

## **TRIBUTOS**

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

## **EXTRAVÍO O DESTRUCCIÓN**

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

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

El Tomador del Seguro o el Asegurado se comprometen a devolver el contrato original si apareciese y a indemnizar al Asegurador de los perjuicios que le irroge la declaración de un tercero.

## **COMUNICACIONES**

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

## **PRESCRIPCIÓN**

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

## **JURISDICCIÓN**

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

## **PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL**

1. La entrega de todos los datos personales facilitados a la Aseguradora en la solicitud es totalmente voluntaria, pero necesaria para la formalización de la póliza y el mantenimiento de la relación contractual.
2. En cumplimiento de lo previsto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Aseguradora informa al Tomador del seguro de que los datos suministrados se incluirán en ficheros automatizados de su propiedad y serán tratados de forma confidencial tanto por la Aseguradora como por aquellas entidades que, de acuerdo con la finalidad y objeto del contrato, así como por cuestiones de coaseguro y reaseguro, intervengan en la gestión de la póliza, al exclusivo efecto del correcto cumplimiento de las obligaciones pactadas.

El Tomador y los Asegurados autorizan a la entidad Aseguradora al tratamiento mecanizado de los referidos datos, comprendiendo los que afecten al estado de salud, incluso en el caso de que ello requiera la cesión a que se acaba de hacer referencia, a los exclusivos efectos de que la Aseguradora pueda cumplir adecuadamente con su prestación.

El consentimiento del Tomador y de cada Asegurado se expresará al firmar la solicitud de aseguramiento. Si un Asegurado concreto no consintiera la inclusión de sus datos en estos ficheros o su posterior tratamiento informático, el contrato de seguro no podrá llevarse a efecto respecto del mismo.

3. El Tomador y el Asegurado podrán ejercer respecto de los ficheros automatizados los derechos reconocidos por la ley. Posteriormente, gozarán, entre otros, de los derechos de acceso, modificación y cancelación de los datos contenidos en el referido fichero informático.

4. Conforme al artículo 24 LOSSP, la Aseguradora informa que los datos o parte de ellos, así como los que se generen en caso de siniestro, serán cedidos a entidades públicas relacionadas con el sector asegurador con fines estadístico-actuariales y de prevención del fraude, en la selección de riesgos y en la liquidación de siniestros.

## **ANEXOS**

**ANEXO I.** Asistencia en viaje.

**ANEXO II.** Servicio de segundo diagnóstico internacional.

**ANEXO III.** Servicio odonto-estomatológico baremado.

## ANEXO I. Asistencia en viaje.

hna pone a disposición del Asegurado un servicio de Asistencia en Viaje, por el que dispondrá, en los viajes que realice fuera de un radio de 200 kilómetros de su domicilio habitual o fuera de su provincia de residencia cuando ésta esté situada en las Islas o en los territorios de Ceuta y Melilla, de las siguientes coberturas:

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

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

Medio de Transporte:

- Aviión sanitario especial para los países de Europa o aquellos que sean limítrofes del mar Mediterráneo.
- Aviión de líneas regulares, ferrocarril o barco.
- Ambulancia.

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

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

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

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

### 3. Repatriación o transporte de menores de edad.

Cuando el retorno del Asegurado se hubiera realizado por cualquiera de las causas descritas anteriormente, y éste viajara en la única compañía de hijos menores de 15 años, se organizará el desplazamiento, ida y vuelta, de

una azafata o de una persona designada por el Asegurado, a fin de acompañar a los menores en el regreso al domicilio.

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

Si el Asegurado en Viaje, debe interrumpirlo en razón del fallecimiento de su cónyuge, ascendiente o descendiente en primer grado, de hermano o hermana, se organizará la entrega de un billete de ferrocarril ( primera clase) o avión ( clase turista), desde el lugar en que se encuentre en tal momento, al de inhumación en España del familiar fallecido, y un billete de regreso al lugar donde se encontraba al producirse tal evento.

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

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

-Un billete de ida y vuelta de ferrocarril ( primera clase) o de avión ( clase turista), que permita a un miembro de la familia del Asegurado, o persona que éste designe, acudir al lado del hospitalizado.

-De producirse la hospitalización en el extranjero, se abonará además, contra los justificantes oportunos, los gastos de estancia de esta persona hasta 60 euros por día, sin que el total pueda exceder de 600 euros.

### 6. Repatriación o transporte del Asegurado fallecido.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

11. Anticipo de efectivo en caso de enfermedad grave o accidente en el extranjero.

Si, encontrándose en un país extranjero, el Asegurado necesitara de forma urgente efectivo como consecuencia de una enfermedad grave o accidente, se organizará el envío de un anticipo hasta la cantidad de 600 euros.

El Asegurado se compromete a la devolución del importe anticipado dentro del plazo de 10 días de finalización del viaje, y en cualquier caso dentro de los dos meses siguientes a la fecha del anticipo.

Este anticipo queda supeditado a la legislación del país desde donde se solicite.

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

-Las prestaciones que no hayan sido solicitadas a través de la Central de Asistencia en Viaje o las que no hayan sido efectuadas por o con acuerdo de hna, salvo en causa de fuerza mayor o de imposibilidad material demostrada.

-Las recaídas de enfermedades existentes con riesgo de agravación brusca y conocidas por el Asegurado en el momento de iniciar el viaje.

-Los estados patológicos conocidos por el Asegurado y con antecedentes médicos, susceptibles de empeoramiento en caso de viaje.

-Los embarazos. No obstante, hasta el sexto mes, quedan cubiertos los casos de complicaciones imprevisibles.

-El rescate de personas en montaña, mar o desierto.

## **ANEXO II. Servicio de segundo diagnóstico internacional.**

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

Este servicio cubrirá las siguientes enfermedades graves:

-Cáncer.

-Enfermedades Cardiovasculares.

-Trasplantes de órganos.

-Enfermedades neurológicas y neuroquirúrgicas, incluyendo accidentes cerebrovasculares.

-Insuficiencia renal crónica.

-Enfermedad idiopática de Parkinson ( parálisis agitans).

-Enfermedad de Alzheimer.

-Esclerosis múltiple.

## **ANEXO III. Servicio odonto-estomatológico baremado.**

hna pone a disposición del Asegurado en todo el territorio nacional, un servicio odonto-estomatológico baremado facilitándole la Guía Dental, por la que podrá acceder a un cuadro médico de odontólogos y estomatólogos privados y solicitar los servicios dentales que consten en dicha Guía, abonando directamente a los profesionales los precios indicados en la misma.

Los servicios profesionales que hna pone a disposición de sus Asegurados sin coste para los mismos, son los que se especifican a continuación:

-Examen inicial y presupuesto.

-Examen de urgencia.

-Consulta profesional.

-Revisiones.



