

En este documento le facilitamos un resumen de este seguro. La información precontractual y contractual completa relativa al mismo se facilita en otros documentos, que son los que regulan la relación entre las partes.

¿En qué consiste este tipo de seguro?

Este seguro cubre exclusivamente la asistencia sanitaria prestada por los profesionales o centros concertados por la aseguradora incluidos en la Guía Médica Asistencial (Cuadro Médico), a los que esta pagará directamente. El asegurado puede elegir libremente cualquier profesional del Cuadro Médico que le atenderá al presentar su tarjeta (previa autorización de la aseguradora en algunos casos). Puede contratarse en modalidad de copago, de forma que el precio del seguro sea más bajo, abonando el asegurado una cantidad a la aseguradora en determinadas prestaciones.



¿Qué se asegura?

GARANTÍAS PRINCIPALES, incluidas siempre:

- ✓ Extrahospitalarias:
 - Asistencia primaria: medicina general, pediatría, puericultura, enfermería y urgencias domiciliarias y ambulatorias.
 - Asistencia especializada ambulatoria: consulta de médicos especialistas (incluida obstetricia y ginecología), procedimientos de diagnóstico y terapéuticos, contrastes radiológicos y cirugía menor que se realice exclusivamente en consulta.
- ✓ Hospitalarias:
 - Hospitalización quirúrgica: para cirugía (incluida la endoscópica).
 - Hospitalización no quirúrgica: para el diagnóstico y/o tratamientos sin cirugía.
 - Hospitalización obstétrica: asistencia al parto o cesárea por especialista y matrona.

GARANTÍAS COMPLEMENTARIAS:

Incluidas siempre:

- ✓ Segundo diagnóstico internacional: para dolencias relevantes, gestionado por la Aseguradora.
- ✓ Asistencia en viaje: gastos médicos y repatriación de fallecidos.
- ✓ Fallecimiento del asegurado por accidente.
- ✓ Programas especiales, control y prevención.
- ✓ Adopción Nacional e Internacional: reembolso de gastos hasta 12.000 €.

GARANTÍA OPCIONAL que se puede contratar con las principales:

- ✓ Garantía bucodental, con determinados actos a cargo del asegurado.



¿Qué no está asegurado?

Se destacan los siguientes supuestos no asegurados:

- ✗ Los derivados de enfermedades y accidentes previos a la contratación del seguro.
- ✗ Intervenciones y/o tratamientos por razones estéticas y cosméticas y material ortopédico.
- ✗ Los tratamientos farmacológicos que no precisan aplicación en un centro hospitalario, aunque se dispensen los medicamentos en el propio hospital, así como los medicamentos de terapias génicas y celulares avanzadas aún en el caso de que se apliquen en centros hospitalarios.
- ✗ Cirugía refractiva, de la presbicia, gafas, lentillas y aparatos auditivos.
- ✗ Cirugías y exámenes de carácter preventivo, chequeos y estudios genéticos.
- ✗ Traslados (salvo urgencias autorizadas).
- ✗ La asistencia sanitaria y/o los gastos médicos derivados de tentativa de suicidio o autolesión, así como de la práctica o participación en cualquier deporte o actividad de riesgo.
- ✗ Los servicios hosteleros y sociales, así como la cama del acompañante en los ingresos del paciente en unidades especiales.
- ✗ Los procesos psiquiátricos crónicos, test psicológicos, psicoanálisis, hipnosis, sofrología y narcolepsia, rehabilitación psicosocial o neuropsicológica.
- ✗ La interrupción voluntaria del embarazo.
- ✗ Los tratamientos de rehabilitación en régimen ambulatorio para el Daño Medular.
- ✗ Los relacionados con procesos de gestación por sustitución cualquiera que sea el país en el que se haya seguido.
- ✗ Utilización de dispositivos y/o fungibles novedosos, así como tratamientos de radioterapia mediante protones.



¿Existen restricciones en lo que respecta a la cobertura?

Sí, se destacan las siguientes:

Para tener cobertura en relación con determinadas prestaciones o reembolsos será necesario que hayan transcurrido los siguientes períodos de tiempo desde la fecha de contratación del seguro:

- ! 6 meses: intervenciones quirúrgicas en régimen ambulatorio o de internamiento, hospitalización de cualquier tipo, TAC coronario, resonancia magnética, PET, radiología vascular e intervencionista, CPAP, BIPAP, polisomnografía, medicina nuclear e isótopos radioactivos, hemodinámica, diálisis, litotricia, oncología médica o radioterápica, acceso a la red hospitalaria de E.E.U.U., rehabilitación y rehabilitación cardíaca, consulta y tratamientos de psicoterapia breve o focal, consulta y tratamientos de osteopatía y genética.
- ! 8 meses: embarazo, cariotipos, genotipos, amniocentesis, test prenatal no invasivo, preparación al parto y asistencia al parto o cesárea.
- ! 48 meses: estudio de esterilidad y los tratamientos mediante técnicas de reproducción asistida, así como la adopción nacional e internacional.

En garantías principales existen límites en:

- ! Hospitalización quirúrgica: prótesis o implantes, cantidad máxima según el tipo.
- ! Hospitalización no quirúrgica: Daño cerebral adquirido y Daño medular, máximo 60 días y una sola vez por toda vida del seguro; Procesos agudos o crónicos en psiquiatría, máximo 60 días por asegurado y año.

En garantías complementarias existen límites en:

- ! Programas especiales, control y prevención: Tratamientos de psicoterapia breve o terapia focal, máximo 20 sesiones (40 sesiones para trastornos de la alimentación); Tratamientos de osteopatía, máximo 8 sesiones; Detección precoz y tratamiento de sordera en niños (hasta 7 años), máximo 20 sesiones de logopedia. Las sesiones referidas son máximos por asegurado y año.
- ! Asistencia en viaje: asistencia médica máximo 15.000 €.



¿Dónde estoy cubierto?

- ✓ En España, excepto la garantía de Asistencia urgente en el extranjero.



¿Cuáles son mis obligaciones?

- Pagar el seguro.
- Facilitar a la aseguradora toda la información necesaria para que pueda valorar el riesgo antes de formalizar el contrato.
- Comunicar a la aseguradora cualquier cambio en la información dada en la contratación durante toda la vigencia del contrato.
- Comunicar a la aseguradora los hechos que puedan dar lugar a indemnización u otras prestaciones, en el plazo de siete días desde que se conozcan, aportando la información y documentación necesaria para comprobar y valorar los daños, permitiendo la actuación de los técnicos nombrados por la aseguradora a estos efectos.



¿Cuándo y cómo tengo que efectuar los pagos?

En el momento de la contratación. El pago es anual, salvo que se establezca otra cosa en el contrato, pudiendo pactarse su fraccionamiento. Podrá efectuarse el pago por los medios que se acuerden en cada caso en el contrato de seguro, ya sea domiciliación bancaria, tarjeta de crédito o débito u otros medios aceptados por la aseguradora.



¿Cuándo comienza y finaliza la cobertura?

La cobertura comienza y termina en la fecha que figure en las Condiciones Particulares del contrato, salvo prórroga.



¿Cómo puedo rescindir el contrato?

El contratante podrá oponerse a la prórroga del contrato con, al menos, un mes de antelación a la conclusión del periodo en curso, sin alegar ninguna causa.