

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

Datos de
producción

Subcentral

Intervención 1

Oficina

Nº de Póliza Colectiva / Familia:

Nº de Solicitud / Póliza individual:

Fecha de efecto solicitada:/...../.....

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

TOMADOR DEL SEGURO

Nombre/Razón Social:

N.I.F.

Nº EMPLEADO

GRUPO FAMILIAR

¿El asegurado es titular del grupo familiar?

Sí

No

Titular del que depende:

Parentesco con el titular:

DATOS DEL SOLICITANTE

Tipo de documento: NIF NIE

Nº Documento:

Razón Social:

Nombre:

Apellido 1:

Apellido 2:

Fecha de Nacimiento:

Sexo:

Estado Civil:

Domicilio:

Localidad:

Código Postal:

Provincia:

Tfno. Fijo:

Tfno. Móvil:

Correo electrónico:

DOMICILIO FAMILIAR

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

Dirección:

Localidad:

Código Postal:

Provincia:

Tfno. Fijo:

Tfno. Móvil:

Correo electrónico:

DOMICILIO DE COBRO DE RECIBOS Y/O PAGO DE PRESTACIONES

Titular de la cuenta:

Entidad Cobro: IBAN: ES

Entidad Abono: IBAN: ES

Forma de Pago: Anual Semestral Trimestral Bimestral Mensual

GARANTÍAS POR PRODUCTO

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

Asistencia Sanitaria

Reembolso

Extrahospitalaria

Extrahospitalaria

Hospitalaria

Hospitalaria

Garantía Bucodental

Garantía Bucodental

Gran Cobertura

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

Firma del Solicitante

En, a de de

Sobreprimas: Profesión.....Enfermedad.....En caso de sustitución/póliza anterior:

CONTRATACIÓN

Claúsulas

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

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

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

Amplíe información sobre las preguntas contestadas afirmativamente indicando:

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

.....

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

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

Firma del Asegurado Titular

En, a.....de.....de.....

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

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

ARTÍCULO 2º OBJETO Y EXTENSIÓN DEL SEGURO

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

No son asegurables las personas mayores de 65 años, salvo aceptación expresa de la Compañía en los términos que ésta establezca en cada renovación.

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

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

LIMITACIONES EN LA GARANTÍA EXTRAHOSPITALARIA (Artículo 3.1):

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

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

ASISTENCIA ESPECIALIZADA AMBULATORIA: El traslado para acceder a especialistas o centros médicos siempre será a cargo del Asegurado. La especialidad de **Anestesiología y Reanimación** únicamente incluye consultas. La especialidad de **Genética** únicamente incluye los actos que figuren recogidos en el listado incluido en el Anexo I y sólo cuando en el marco de un cuadro clínico sean necesarios para la confirmación del diagnóstico genético que condicione la instauración de un tratamiento específico o su modificación. El uso de las plataformas genómicas designadas por la Aseguradora para análisis del índice de recurrencia de tumores de mama, únicamente tras una intervención quirúrgica cubierta por las garantías de la póliza. En la especialidad de **Medicina Nuclear**, en el caso del PET/TAC incluye únicamente los realizados con el radiofármaco 18FDG. En la especialidad de **Odontostomatología** sólo se cubrirá una limpieza de boca anual. En la especialidad de **Podología** cuatro sesiones de quiropodia al año. En la especialidad de **Rehabilitación**, los tratamientos de neurorrehabilitación y otros específicos para el Daño Cerebral Adquirido tienen un límite máximo de 90 días en régimen extrahospitalario y alcanza una sola vez durante la vigencia de la póliza. Los tratamientos para rehabilitación del suelo pélvico tendrán un límite de 8 sesiones por Asegurado y año.

COBERTURAS COMPLEMENTARIAS A LA ASISTENCIA ESPECIALIZADA AMBULATORIA:

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

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

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

SERVICIOS ESPECIALES:

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

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

LIMITACIONES EN LA GARANTÍA HOSPITALARIA (Artículo 3.2):

Toda técnica quirúrgica o procedimiento terapéutico que usen el láser, salvo los expresamente incluidos en Condiciones Generales.

HOSPITALIZACIÓN QUIRÚRGICA: Para el tratamiento de la sordera en niños, se establece que para los casos de sordera bilateral y mayor de 40dBHL en el oído más sano, la Aseguradora sólo cubrirá un implante coclear con un límite de 22.000 euros por Asegurado y para toda la vigencia de la póliza.

Las prótesis e implantes utilizadas en una cirugía autorizada por la Aseguradora sólo se reintegrarán hasta el límite económico fijado en la Relación de Prótesis e Implantes recogida en el Anexo I de las Condiciones Generales.

HOSPITALIZACIÓN NO QUIRÚRGICA: La hospitalización psiquiátrica para el tratamiento de enfermos mentales con procesos agudos o crónicos reagudizados, en régimen de internamiento hospitalario o en hospital de día, se limita a un máximo de 60 días por Asegurado y año. En caso de Daño Cerebral Adquirido y Daño Medular los tratamientos de neurorrehabilitación y otros específicos tienen un límite de 60 días en régimen de internamiento hospitalario, alcanzando esta cobertura a una sola vez durante la vigencia de la póliza.

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

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

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

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

ARTÍCULO 6º PERIODOS DE CARENANCIA:

- **Carencia de 6 meses:** intervenciones quirúrgicas en régimen ambulatorio o de internamiento; hospitalización de cualquier tipo salvo urgencia extrema o vital; TAC coronario; resonancia magnética; PET, radiología vascular e intervencionista, polisomnografía, medicina nuclear e isótopos radioactivos, hemodinámica, diálisis, litotricia, oncología médica o radioterápica; acceso a la red hospitalaria de EE.UU., rehabilitación y rehabilitación cardíaca; consulta/tratamiento de osteopatía, consulta/tratamiento de psicoterapia breve o terapia focal y genética.
- **Carencia de 8 meses:** embarazo, cariotipos, genotipos, amniocentesis, test prenatal no invasivo, preparación al parto, asistencia al parto o cesárea.
- **Carencia de 48 meses:** adopción nacional e internacional (el inicio de los trámites de adopción debe haberse solicitado 48 meses después de la fecha de alta del Asegurado en póliza).
Estudio de la esterilidad y tratamiento mediante técnicas de reproducción asistida (el periodo de carencia se computa desde la fecha de alta en póliza del miembro de la pareja más reciente).

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

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

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

La póliza no cubre:

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

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

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

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

3. Accidentes producidos con anterioridad a la entrada en vigor de la póliza.
4. Todos aquellos procedimientos médicos, quirúrgicos y medios de diagnóstico que sean considerados técnicas novedosas o de nueva implantación conforme a lo establecido en estas Condiciones Generales.
5. Las intervenciones y/o tratamientos por razones estéticas en general, salvo si la operación de cirugía plástica o reparadora o el tratamiento son necesarios como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza.
6. La cirugía reductora y reconstructora de la mama, salvo después de mastectomía por cáncer de la mama afectada, así como la cirugía de la obesidad y/o bariátrica.
7. Los tratamientos e intervenciones esclerosantes venosos, los tratamientos cosméticos y de la alopecia androgénica.
8. Las piezas anatómicas ortopédicas, material ortopédico, los injertos osteoconductores, osteoinductores, terapias celulares, así como los factores de crecimiento, las prótesis e implantes, salvo los incluidos en el Anexo I de estas Condiciones Generales y hasta los límites económicos fijados en la póliza.
9. Las órtesis, miembros u órganos artificiales y, en general, cualquier material ortopédico como sillas de ruedas, camas ortopédicas, colchones antiescaras, empapadores, corsés ortopédicos, collarines cervicales, bastones de apoyo, aparatos de rehabilitación pasiva, monitorizaciones, así como los gastos de mantenimiento y reparación de los mismos y en general cualquier producto o asistencia utilizados con fines sociales. Los productos farmacéuticos, vacunas (excepto las incluidas en el Programa del Niño Sano), autovacunas y jeringuillas, así como el D.I.U. (salvo en los Programas de Medicina Preventiva).
10. El mantenimiento de los audífonos incluidos en el Programa de Tratamiento de la Sordera en Niños.
11. Los tratamientos con cámara hiperbárica, así como CPAP, BIPAP, los monitores de apnea, tratamientos farmacológicos y concentradores de oxígeno portátiles.
12. Los tratamientos experimentales y las medicinas alternativas, tales como organometría, acupuntura, homeopatía y similares.
13. El tratamiento de patologías adictivas.
14. Medicación complementaria a tratamientos quimioterápicos.
15. La cirugía reconstructiva de técnicas anticonceptivas previas.
16. Cirugía refractiva (miopía, astigmatismo, hipermetropía), cirugía de la presbicia, así como los costes de gafas, lentillas y aparatos auditivos. Terapia fotodinámica en Oftalmología.
17. Cirugías preventivas, chequeos, exámenes médicos generales de carácter preventivo, excepto los incluidos en los programas de Medicina Preventiva expresamente pactados en la póliza, siempre que se utilicen los Servicios concertados por la Entidad.
18. Periodoncia, endodoncia, empastes, ortodoncia, prótesis dentales, implantes y demás tratamientos dentales, salvo que se contrate la Garantía Bucodental y se utilicen los Servicios Concertados por la Aseguradora.
19. Los traslados requeridos para asistencia a consultas médicas, realización de pruebas diagnósticas, así como para tratamientos de fisioterapia y rehabilitación, salvo que concurran las circunstancias establecidas para enfermos en régimen de Hospitalización, según lo recogido en la descripción del "Servicio de Ambulancia", así como los gastos de desplazamiento originados para asistir a centros médicos y hospitales fuera de la localidad de residencia del Asegurado.
20. La asistencia sanitaria y/o los gastos médicos derivados de las consecuencias de tentativa de suicidio o autolesión, estando o no el Asegurado en uso de sus facultades mentales.
21. En relación con los trasplantes de órganos, la póliza únicamente cubre la asistencia médico-quirúrgica para los trasplantes recogidos expresamente en estas Condiciones Generales, y en ningún caso la gestión, el transporte, y los gastos derivados de la obtención y conservación de órganos.
22. La asistencia sanitaria y/o los gastos médicos derivados de las consecuencias de la participación del Asegurado en carreras o apuestas y las producidas por la práctica como profesional de cualquier deporte, así como por la práctica como aficionado en actividades aéreas, submarinismo con uso de pulmón artificial, boxeo, escalada, carreras de vehículos de motor, incluidos los entrenamientos, espeleología, torero, encierro de reses y cualquier otra actividad de riesgo.
23. La asistencia sanitaria y/o los gastos médicos derivados de la participación directa del Asegurado en actos delictivos, alborotos, reyertas o riñas, salvo que hubiera actuado en legítima defensa.
24. La asistencia sanitaria y los gastos médicos derivados de las enfermedades y accidentes que sean consecuencia de guerra civil o internacional (haya o no declaración de guerra), actos de terrorismo, insurrecciones, tumultos populares, movimientos sísmicos, inundaciones, huracanes, erupciones volcánicas, en las consecuencias directas o indirectas de la radiación nuclear o contaminación radiactiva, o cualquier otro fenómeno de carácter catastrófico o extraordinario, o acontecimientos que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como "catástrofe o calamidad nacional", así como en las epidemias declaradas oficialmente.
25. Los servicios hosteleros y sociales tales como teléfono, televisión, comidas alternativas o del acompañante, servicio privado de enfermería, habitaciones tipo suites y similares, así como la cama del acompañante en los ingresos del paciente en unidades especiales.
26. Los tratamientos y/o internamientos para curas de reposo o de adelgazamiento. Las estancias en residencias asistidas, geriátricos, o asilos y los tratamientos o permanencias en balnearios, así como cualquier hospitalización en la que concurran circunstancias de tipo social.
27. La hospitalización, el hospital de día y el tratamiento extrahospitalario en procesos psiquiátricos crónicos. La hospitalización, el hospital de día y el tratamiento extrahospitalario para la realización de test psicológicos, psicoanálisis, hipnosis, sofrología, tratamiento para la narcolepsia y rehabilitación psicopsiquiátrica en procesos psiquiátricos agudos.
28. La póliza no cubre la asistencia sanitaria y/o los gastos correspondientes a la atención a recién nacidos, salvo que se incluyan en la póliza, según lo dispuesto en las presentes Condiciones Generales.
29. El reembolso de los gastos ocasionados por la tramitación de un proceso de adopción nacional e internacional iniciado con anterioridad a la fecha de alta del asegurado en la póliza.
30. La interrupción voluntaria del embarazo, así como toda asistencia sanitaria relacionada con dicha interrupción.
31. Cualquier estudio genético, excepto cuando, en el marco del cuadro clínico, la confirmación del diagnóstico genético condicione la instauración de un tratamiento específico o su modificación y siempre que en este caso el estudio necesario figure en el listado incluido en el Anexo I. Quedan expresamente excluidos los estudios genéticos de familiares y los de carácter preventivo.
32. Partos en medios acuáticos, a domicilio y por medios alternativos así como las técnicas de recuperación postparto.
33. Cirugía de cambio de sexo.
34. La educación para el lenguaje, salvo cuando haya patología orgánica de los órganos de la fonación, la educación, terapia y rehabilitación especial en enfermos con afectación psicomotora en procesos congénitos o adquiridos, la terapia de mantenimiento u ocupacional, así como los tratamientos de rehabilitación en régimen extrahospitalario para el Daño Medular.
35. Toda técnica quirúrgica o procedimiento terapéutico que use el láser, salvo los expresamente incluidos en el epígrafe 3.2.1 "Hospitalización Quirúrgica" de las presentes Condiciones Generales. La cirugía del Parkinson y la cirugía de la Epilepsia.
36. La digitalización del estudio biomecánico de la marcha y la fabricación de las plantillas personalizadas.
37. En reproducción asistida, la medicación, la congelación/descongelación de embriones, esperma y óvulos, el diagnóstico preimplantacional, así como los gastos de donación de ovocitos y esperma.
38. El tratamiento quirúrgico de la impotencia coeundi.
39. Los relacionados con procesos de gestación por sustitución cualquiera que sea el país en el que se haya seguido.
40. Tratamientos farmacológicos en Oncología, Reumatología o cualquier otra especialidad que no precisen aplicación en un centro hospitalario, aunque se dispensen los medicamentos en el propio hospital.
41. La utilización de dispositivos y/o fungibles novedosos.
42. Tratamientos de radioterapia mediante protones.
43. Medicamentos de terapias avanzadas tanto génica como celular.
44. En la garantía de Reembolso de Gastos de Farmacia quedan excluidas todas aquellas vacunas necesarias por motivos de viajes al extranjero, otras vacunas de carácter preventivo no enunciadas anteriormente, ni las que se encuentren en fase de desarrollo experimental. Igualmente, no serán reembolsables los gastos generados por productos que no contengan principio activo medicamentoso como pueden ser, a título meramente enunciativo y no limitativo, los productos de dermocosmética, parafarmacia, complementos alimenticios, así como los geles, cremas, sueros fisiológicos, cosméticos, etc.

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

ARTÍCULO 11º LIMITACIONES EN LA GARANTÍA DE REEMBOLSO DE GASTOS DE FARMACIA: Se reembolsarán los gastos de medicamentos, prescritos bajo receta médica, siempre que el proceso a tratar este cubierto por el seguro. Se abonará la factura o ticket siempre que el importe sea superior a 10€ y se acompañe de la correspondiente prescripción médica.

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

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

OBJETO Y EXTENSIÓN DEL SEGURO (Artículo 2º)

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

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

GARANTÍAS EXTRAHOSPITALARIA Y HOSPITALARIA – LIMITACIONES (Artículo 3º)

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

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

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

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

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

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

ASISTENCIA ESPECIALIZADA AMBULATORIA: La especialidad de **Anestesiología y Reanimación** únicamente incluye consultas. La especialidad de **Genética** únicamente incluye la consulta de consejo genético, así como los actos que figuren recogidos en el listado incluido en el Anexo I y sólo cuando en el marco de un cuadro clínico sean necesarios para la confirmación del diagnóstico genético que condicione la instauración de un tratamiento específico o su modificación. El uso de las plataformas genómicas designadas por la Aseguradora para análisis del índice de recurrencia de tumores de mama, únicamente tras una intervención quirúrgica cubierta por las garantías de la póliza. En la especialidad de **Medicina Nuclear**, en el caso del PET/TAC incluye únicamente los realizados con el radiofármaco ¹⁸F. En la especialidad de **Oncología Médica** se incluyen únicamente consultas. En la especialidad de **Oncología Radioterápica** se incluyen únicamente consultas. En la especialidad de **Rehabilitación**: Las sesiones de rehabilitación se limitan a 30 sesiones por Asegurado y año.

OTRAS PRESTACIONES DE EXCLUSIVA REALIZACIÓN EN SERVICIOS RECOMENDADOS: En la especialidad de **Odontología**: Únicamente propuesta de tratamiento, una limpieza de boca anual, radiografías simples y extracciones dentarias. En la especialidad de **Podología**: Se incluye cuatro sesiones de quiropodia al año. En la especialidad de **Psiquiatría**: Se incluye únicamente la consulta en procesos psiquiátricos agudos o reagudizados. En la especialidad de **Rehabilitación**: Se incluyen los tratamientos de neurorrehabilitación y otros específicos para el Daño Cerebral Adquirido tienen un límite máximo de 90 días en régimen extrahospitalario, y alcanza una sola vez durante la vigencia de la póliza. **Ventiloterapia, Aerosolterapia y Oxigenoterapia.** No serán objeto de cobertura el CPAP, BIPAP y los monitores de apnea.

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

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

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

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

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

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

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

Hospitalización a domicilio exclusivamente en Servicios Recomendados.

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

REEMBOLSO DE GASTOS DE HOSPITALIZACIÓN QUIRÚRGICA: El reembolso, hasta el límite económico previamente fijado, del coste de adquisición de las prótesis, implantes y que, exclusivamente, se recogen en la Relación de Prótesis e Implantes del Anexo I de estas Condiciones Generales, y que hayan sido utilizados en una intervención quirúrgica autorizada por la Aseguradora.

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

OTRAS PRESTACIONES DE EXCLUSIVA REALIZACIÓN EN SERVICIOS RECOMENDADOS: Los tratamientos de neurorrehabilitación y otros específicos para el Daño Cerebral Adquirido y/o para el Daño Medular tienen un límite máximo de 60 días en régimen hospitalario y exclusivamente en Servicios Recomendados. Esta cobertura alcanza una sola vez durante la vigencia de la póliza. La hospitalización psiquiátrica para el tratamiento de enfermos mentales afectados de procesos agudos o crónicos reagudizados presenta un límite máximo de 60 días por Asegurado y año, en régimen de internamiento hospitalario o en hospital de día.

Cuando la hospitalización es prestada a través de Servicios Recomendados: El servicio de hospitalización a domicilio requerirá, en todos los casos, la obtención de autorización previa de la Aseguradora, cuya concesión estará supeditada a la existencia en la localidad del domicilio del Asegurado de Servicios Recomendados que lo puedan prestar. Comprenderá, exclusivamente, la atención médica por médico general y la intervención de personal de enfermería para la aplicación de inyectables, sueroterapia, sondajes y curas.

SERVICIOS ESPECIALES DE EXCLUSIVA REALIZACIÓN EN SERVICIOS RECOMENDADOS:

COMPLEMENTARIA AL REEMBOLSO DE GASTOS DE HOSPITALIZACIÓN QUIRÚRGICA: **Programa de Tratamiento de la sordera en niños:** Dirigido a Asegurados desde su nacimiento hasta los 7 años de edad siendo imprescindible que en el momento del nacimiento la madre o el padre tengan una antigüedad en póliza superior a 8 meses. Exclusivamente en los casos de sordera bilateral y mayor de 40dBHL en el oído más sano, la Aseguradora cubrirá un implante coclear con un límite de 22.000 euros por Asegurado y para toda la vigencia de la póliza.

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

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

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

GARANTÍA BUCODENTAL (Artículo 6º): De exclusiva realización en Servicios Recomendados. El Asegurado participará en el coste de los servicios mediante el abono de las franquicias que figuran en las Condiciones Especiales de esta garantía. Las franquicias establecidas son válidas para el año natural de contratación del seguro, reservándose la Aseguradora el derecho de poderlas modificar si así lo precisara, e incluso a someter a franquicia prestaciones que no la tenían prevista, previa comunicación a los Asegurados.

SERVICIOS RECOMENDADOS EN ESPAÑA (Artículo 7º)

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

- a) Intervención quirúrgica de ligadura de trompas, así como la cirugía de la vasectomía.
- b) Programas de Medicina Preventiva: preparación al parto, seguimiento de diabetes en el embarazo, planificación familiar, programa del niño sano, diagnóstico precoz de enfermedades, rehabilitación cardíaca y programa de detección precoz y tratamiento de la sordera en niños.
- c) Cobertura dental básica y garantía bucodental.
- d) Psiquiatría.
- e) Tratamientos de Psicoterapia breve o terapia focal.
- f) Podología.
- g) Reproducción Asistida.
- h) Osteopatía.
- i) Estudio biomecánico de la marcha.
- j) Tratamientos de rehabilitación para el Daño Cerebral Adquirido y para el Daño Medular.
- k) Ventiloterapia, Aerosolterapia, Oxigenoterapia. Podrán prestarse en consulta o a domicilio según las especificaciones del facultativo. **No serán objeto de cobertura el CPAP, BIPAP y los monitores de apnea.**

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

PERIODOS DE CARENCIA (Artículo 9º)

Carencia de 6 meses: Intervenciones quirúrgicas en régimen ambulatorio o de internamiento; hospitalización de cualquier tipo salvo urgencia extrema o vital; TAC coronario; resonancia magnética; PET, radiología vascular e intervencionista, polisomnografía, medicina nuclear e isótopos radioactivos, hemodinámica, diálisis, litotricia, oncología médica o radioterápica; acceso a la red hospitalaria de EE.UU., rehabilitación y rehabilitación cardíaca; consulta/tratamientos de osteopatía, consulta/tratamientos de psicoterapia breve o terapia focal, Gran Cobertura y genética.

Carencia de 8 meses: Embarazo, cariotipos, genotipos, amniocentesis, preparación al parto, asistencia al parto o cesárea.

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

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

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

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

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

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

27. La póliza no cubre la asistencia sanitaria y/o los gastos correspondientes a la atención a recién nacidos, salvo que se incluyan en la póliza, según lo dispuesto en las presentes Condiciones Generales.
28. El reembolso de los gastos ocasionados por la tramitación de un proceso de adopción nacional e internacional iniciado con anterioridad a la fecha de alta del asegurado en la póliza.
29. La interrupción voluntaria del embarazo, así como toda asistencia sanitaria relacionada con dicha interrupción.
30. Cualquier estudio genético, excepto cuando, en el marco del cuadro clínico, la confirmación del diagnóstico genético condicione la instauración de un tratamiento específico o su modificación y siempre que en este caso el estudio necesario figure en el listado incluido en el Anexo I. Quedan expresamente excluidos los estudios genéticos de familiares y los de carácter preventivo.
31. Partos en medios acuáticos, a domicilio y por medios alternativos.
32. Cirugía de cambio de sexo.
33. La educación para el lenguaje, salvo cuando haya patología orgánica de los órganos de la fonación, la educación, terapia y rehabilitación especial en enfermos con afectación psicomotora en procesos congénitos o adquiridos y la terapia de mantenimiento u ocupacional. Los tratamientos de rehabilitación para el Daño Cerebral Adquirido y para el Daño Medular en Servicios de Libre Elección tanto en régimen extrahospitalario como en régimen de internamiento hospitalario.
34. El uso de Servicios de Libre Elección para el acceso a los servicios indicados en el Artículo 7º, punto 3.
35. La digitalización del estudio biomecánico de la marcha y la fabricación de las plantillas personalizadas.
36. En la garantía de Reembolso de Gastos de Farmacia quedan excluidas todas aquellas vacunas necesarias por motivos de viajes al extranjero, otras vacunas de carácter preventivo no enunciadas anteriormente, ni las que se encuentren en fase de desarrollo experimental. Igualmente, no serán reembolsables los gastos generados por productos que no contengan principio activo medicamentoso como pueden ser, a título meramente enunciativo y no limitativo, los productos de dermatocósmica, parafarmacia, complementos alimenticios, así como los geles, cremas, sueros fisiológicos, cosméticos, etc.
37. Los relacionados con procesos de gestación por sustitución cualquiera que sea el país en el que se haya seguido.
38. Tratamientos farmacológicos en Oncología, Reumatología o cualquier otra especialidad que no precisen aplicación en un centro hospitalario, aunque se dispensen los medicamentos en el propio hospital, salvo lo cubierto en la Garantía de Reembolso de Gastos de Farmacia.
39. Medicamentos de terapias avanzadas tanto génica como celular.

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

MAPFRE, en su compromiso con la transparencia, informa al cliente de que el Documento de Información de Seguro está a su disposición en su oficina y en la página web de MAPFRE www.mapfre.es/Información de interés; donde también puede consultar la siguiente documentación: Condicionado General, Informe de Solvencia, Notas Informativas, Cláusulas de Indemnización de Compensación de Seguros, etc.

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:

Información básica sobre protección de datos	
Responsable	MAPFRE ESPAÑA
Finalidades	Gestión del contrato de seguro, elaboración de perfiles para el adecuado desarrollo del contrato de seguro, gestión integral y centralizada de su relación con el Grupo MAPFRE y envío de información y publicidad sobre ofertas de productos y servicios del Grupo MAPFRE.
Legitimación	Ejecución del contrato y consentimiento del interesado.
Destinatarios	Podrán comunicarse datos a terceros y/o realizarse transferencias de datos a terceros países en los términos señalados en la Información Adicional.
Derechos	Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, oposición y portabilidad, detallados en la Información Adicional de Protección de Datos.
Información Adicional	Puede consultar la Información Adicional de Protección de Datos incluida en http://www.mapfre.es/RGPD#/Docs/ESPESPPERCLIPART01401ESES02

El Tomador/Asegurado/Afectado queda informado y consiente expresamente mediante la firma del presente documento, el tratamiento de los datos suministrados voluntariamente en el mismo, así como el de todos aquellos datos que pudiera facilitar a MAPFRE ESPAÑA, directamente o a través de su mediador, y los que se obtengan de médicos y prestadores de servicios sanitarios o mediante grabación de conversaciones telefónicas, o como consecuencia de su navegación por las páginas web de Internet u otro medio, con motivo del desarrollo del contrato o de la consulta, solicitud o contratación de cualquier servicio o producto, incluso una vez finalizada la relación precontractual o contractual incluidas, en su caso, las comunicaciones o las transferencias internacionales de los datos que pudieran realizarse, todo ello para las finalidades detalladas en la Información Adicional de Protección de Datos incluida en <http://www.mapfre.es/RGPD#/Docs/ESPESPPERCLIPART01401ESES02>.

El Tomador/Asegurado/Afectado consiente a su vez, la grabación de las conversaciones telefónicas que se mantengan con MAPFRE ESPAÑA por razón del contrato de seguro. MAPFRE ESPAÑA podrá consultar sus datos en ficheros sobre cumplimiento e incumplimiento de obligaciones dinerarias o de prevención del fraude.

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

El Tomador/Asegurado/Afectado declara que es mayor de dieciocho años. De igual modo, en caso de que los datos que proporcione sean de menores de edad, como padre/madre o tutor del menor, autoriza expresamente el tratamiento de dichos datos incluidos, en su caso, los relativos a la salud, para la gestión de las finalidades detalladas en la Información Adicional de Protección de Datos incluida en <http://www.mapfre.es/RGPD#/Docs/ESPESPPERCLIPART01401ESES02>.

El Tomador/Asegurado/Afectado garantiza la exactitud y veracidad de los datos personales facilitados, comprometiéndose a mantenerlos debidamente actualizados y a comunicar a MAPFRE ESPAÑA cualquier variación que se produzca en los mismos. Del mismo modo autoriza a MAPFRE ESPAÑA a solicitar o verificar de los médicos y prestadores de servicios sanitarios los datos y antecedentes de salud necesarios para garantizar el pleno desenvolvimiento del contrato y la satisfacción de sus intereses legítimos.

Vd. puede marcar esta casilla en caso de oponerse al tratamiento y comunicación de los datos de carácter personal por MAPFRE ESPAÑA para el envío de información y publicidad sobre ofertas de productos y servicios de MAPFRE ESPAÑA, de las distintas entidades del Grupo MAPFRE, así como de aquellas entidades terceras con las que cualquier empresa del Grupo MAPFRE haya suscrito acuerdos de colaboración, en cuyo caso no podremos informarle de los descuentos, obsequios, promociones y otras ventajas asociadas a los planes de fidelización de Grupo MAPFRE.

En todo caso, el consentimiento para el tratamiento de sus datos con dicha finalidad tiene carácter revocable, pudiendo retirar en cualquier momento el consentimiento prestado o ejercitar cualquiera de los derechos mencionados en la forma indicada en la Información Adicional de Protección de Datos, incluida en <http://www.mapfre.es/RGPD#/Docs/ESPESPPERCLIPART01401ESES02>.

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

PÓLIZA N°

Nombre y Apellidos del Tomador

Antes de firmar este documento, debe leer la información básica sobre protección de datos que se presenta en la cláusula llamada "TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES". Mediante la firma de este documento consiente el tratamiento de sus datos personales en los términos y condiciones incluidos en dicha cláusula.

Firma:

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

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

ARTÍCULO 2º OBJETO Y EXTENSIÓN DEL SEGURO

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

No son asegurables las personas mayores de 65 años, salvo aceptación expresa de la Compañía en los términos que ésta establezca en cada renovación.

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

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

LIMITACIONES EN LA GARANTÍA EXTRAHOSPITALARIA (Artículo 3.1):

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

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

ASISTENCIA ESPECIALIZADA AMBULATORIA: El traslado para acceder a especialistas o centros médicos siempre será a cargo del Asegurado. La especialidad de **Anestesiología y Reanimación** únicamente incluye consultas. La especialidad de **Genética** únicamente incluye los actos que figuren recogidos en el listado incluido en el Anexo I y sólo cuando en el marco de un cuadro clínico sean necesarios para la confirmación del diagnóstico genético que condicione la instauración de un tratamiento específico o su modificación. El uso de las plataformas genómicas designadas por la Aseguradora para análisis del índice de recurrencia de tumores de mama, únicamente tras una intervención quirúrgica cubierta por las garantías de la póliza. En la especialidad de **Medicina Nuclear**, en el caso del PET/TAC incluye únicamente los realizados con el radiofármaco 18FDG. En la especialidad de **Odontoesomatología** sólo se cubrirá una limpieza de boca anual. En la especialidad de **Podología** cuatro sesiones de quiropodia al año. En la especialidad de **Rehabilitación**, los tratamientos de neurorrehabilitación y otros específicos para el Daño Cerebral Adquirido tienen un límite máximo de 90 días en régimen extrahospitalario y alcanza una sola vez durante la vigencia de la póliza. Los tratamientos para rehabilitación del suelo pélvico tendrán un límite de 8 sesiones por Asegurado y año.

COBERTURAS COMPLEMENTARIAS A LA ASISTENCIA ESPECIALIZADA AMBULATORIA:

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

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

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

SERVICIOS ESPECIALES:

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

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

LIMITACIONES EN LA GARANTÍA HOSPITALARIA (Artículo 3.2):

Toda técnica quirúrgica o procedimiento terapéutico que usen el láser, salvo los expresamente incluidos en Condiciones Generales.

HOSPITALIZACIÓN QUIRÚRGICA: Para el tratamiento de la sordera en niños, se establece que para los casos de sordera bilateral y mayor de 40dBHL en el oído más sano, la Aseguradora sólo cubrirá un implante coclear con un límite de 22.000 euros por Asegurado y para toda la vigencia de la póliza.

Las prótesis e implantes utilizadas en una cirugía autorizada por la Aseguradora sólo se reintegrarán hasta el límite económico fijado en la Relación de Prótesis e Implantes recogida en el Anexo I de las Condiciones Generales.

HOSPITALIZACIÓN NO QUIRÚRGICA: La hospitalización psiquiátrica para el tratamiento de enfermos mentales con procesos agudos o crónicos reagudizados, en régimen de internamiento hospitalario o en hospital de día, se limita a un máximo de 60 días por Asegurado y año. En caso de Daño Cerebral Adquirido y Daño Medular los tratamientos de neurorrehabilitación y otros específicos tienen un límite de 60 días en régimen de internamiento hospitalario, alcanzando esta cobertura a una sola vez durante la vigencia de la póliza.

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

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

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

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

ARTÍCULO 6º PERIODOS DE CARENANCIA:

- **Carencia de 6 meses:** intervenciones quirúrgicas en régimen ambulatorio o de internamiento; hospitalización de cualquier tipo salvo urgencia extrema o vital; TAC coronario; resonancia magnética; PET, radiología vascular e intervencionista, polisomnografía, medicina nuclear e isótopos radioactivos, hemodinámica, diálisis, litotricia, oncología médica o radioterápica; acceso a la red hospitalaria de EE.UU., rehabilitación y rehabilitación cardíaca; consulta/tratamiento de osteopatía, consulta/tratamiento de psicoterapia breve o terapia focal y genética.
- **Carencia de 8 meses:** embarazo, cariotipos, genotipos, amniocentesis, test prenatal no invasivo, preparación al parto, asistencia al parto o cesárea.
- **Carencia de 48 meses:** adopción nacional e internacional (el inicio de los trámites de adopción debe haberse solicitado 48 meses después de la fecha de alta del Asegurado en póliza).
Estudio de la esterilidad y tratamiento mediante técnicas de reproducción asistida (el periodo de carencia se computa desde la fecha de alta en póliza del miembro de la pareja más reciente).

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

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

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

La póliza no cubre:

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

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

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

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

3. Accidentes producidos con anterioridad a la entrada en vigor de la póliza.
4. Todos aquellos procedimientos médicos, quirúrgicos y medios de diagnóstico que sean considerados técnicas novedosas o de nueva implantación conforme a lo establecido en estas Condiciones Generales.
5. Las intervenciones y/o tratamientos por razones estéticas en general, salvo si la operación de cirugía plástica o reparadora o el tratamiento son necesarios como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza.
6. La cirugía reductora y reconstructora de la mama, salvo después de mastectomía por cáncer de la mama afectada, así como la cirugía de la obesidad y/o bariátrica.
7. Los tratamientos e intervenciones esclerosantes venosos, los tratamientos cosméticos y de la alopecia androgénica.
8. Las piezas anatómicas ortopédicas, material ortopédico, los injertos osteoconductores, osteoinductores, terapias celulares, así como los factores de crecimiento, las prótesis e implantes, salvo los incluidos en el Anexo I de estas Condiciones Generales y hasta los límites económicos fijados en la póliza.
9. Las órtesis, miembros u órganos artificiales y, en general, cualquier material ortopédico como sillas de ruedas, camas ortopédicas, colchones antiescaras, empapadores, corsés ortopédicos, collarines cervicales, bastones de apoyo, aparatos de rehabilitación pasiva, monitorizaciones, así como los gastos de mantenimiento y reparación de los mismos y en general cualquier producto o asistencia utilizados con fines sociales. Los productos farmacéuticos, vacunas (excepto las incluidas en el Programa del Niño Sano), autovacunas y jeringuillas, así como el D.I.U. (salvo en los Programas de Medicina Preventiva).
10. El mantenimiento de los audífonos incluidos en el Programa de Tratamiento de la Sordera en Niños.
11. Los tratamientos con cámara hiperbárica, así como CPAP, BIPAP, los monitores de apnea, tratamientos farmacológicos y concentradores de oxígeno portátiles.
12. Los tratamientos experimentales y las medicinas alternativas, tales como organometría, acupuntura, homeopatía y similares.
13. El tratamiento de patologías adictivas.
14. Medicación complementaria a tratamientos quimioterápicos.
15. La cirugía reconstructiva de técnicas anticonceptivas previas.
16. Cirugía refractiva (miopía, astigmatismo, hipermetropía), cirugía de la presbicia, así como los costes de gafas, lentillas y aparatos auditivos. Terapia fotodinámica en Oftalmología.
17. Cirugías preventivas, chequeos, exámenes médicos generales de carácter preventivo, excepto los incluidos en los programas de Medicina Preventiva expresamente pactados en la póliza, siempre que se utilicen los Servicios concertados por la Entidad.
18. Periodoncia, endodoncia, empastes, ortodoncia, prótesis dentales, implantes y demás tratamientos dentales, salvo que se contrate la Garantía Bucodental y se utilicen los Servicios Concertados por la Aseguradora.
19. Los traslados requeridos para asistencia a consultas médicas, realización de pruebas diagnósticas, así como para tratamientos de fisioterapia y rehabilitación, salvo que concurran las circunstancias establecidas para enfermos en régimen de Hospitalización, según lo recogido en la descripción del "Servicio de Ambulancia", así como los gastos de desplazamiento originados para asistir a centros médicos y hospitales fuera de la localidad de residencia del Asegurado.
20. La asistencia sanitaria y/o los gastos médicos derivados de las consecuencias de tentativa de suicidio o autolesión, estando o no el Asegurado en uso de sus facultades mentales.
21. En relación con los trasplantes de órganos, la póliza únicamente cubre la asistencia médico-quirúrgica para los trasplantes recogidos expresamente en estas Condiciones Generales, y en ningún caso la gestión, el transporte, y los gastos derivados de la obtención y conservación de órganos.
22. La asistencia sanitaria y/o los gastos médicos derivados de las consecuencias de la participación del Asegurado en carreras o apuestas y las producidas por la práctica como profesional de cualquier deporte, así como por la práctica como aficionado en actividades aéreas, submarinismo con uso de pulmón artificial, boxeo, escalada, carreras de vehículos de motor, incluidos los entrenamientos, espeleología, torero, encierro de reses y cualquier otra actividad de riesgo.
23. La asistencia sanitaria y/o los gastos médicos derivados de la participación directa del Asegurado en actos delictivos, alborotos, reyertas o riñas, salvo que hubiera actuado en legítima defensa.
24. La asistencia sanitaria y los gastos médicos derivados de las enfermedades y accidentes que sean consecuencia de guerra civil o internacional (haya o no declaración de guerra), actos de terrorismo, insurrecciones, tumultos populares, movimientos sísmicos, inundaciones, huracanes, erupciones volcánicas, en las consecuencias directas o indirectas de la radiación nuclear o contaminación radiactiva, o cualquier otro fenómeno de carácter catastrófico o extraordinario, o acontecimientos que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como "catástrofe o calamidad nacional", así como en las epidemias declaradas oficialmente.
25. Los servicios hosteleros y sociales tales como teléfono, televisión, comidas alternativas o del acompañante, servicio privado de enfermería, habitaciones tipo suites y similares, así como la cama del acompañante en los ingresos del paciente en unidades especiales.
26. Los tratamientos y/o internamientos para curas de reposo o de adelgazamiento. Las estancias en residencias asistidas, geriátricos, o asilos y los tratamientos o permanencias en balnearios, así como cualquier hospitalización en la que concurran circunstancias de tipo social.
27. La hospitalización, el hospital de día y el tratamiento extrahospitalario en procesos psiquiátricos crónicos. La hospitalización, el hospital de día y el tratamiento extrahospitalario para la realización de test psicológicos, psicoanálisis, hipnosis, sofrología, tratamiento para la narcolepsia y rehabilitación psicossocial o neuropsicológica en procesos psiquiátricos agudos.
28. La póliza no cubre la asistencia sanitaria y/o los gastos correspondientes a la atención a recién nacidos, salvo que se incluyan en la póliza, según lo dispuesto en las presentes Condiciones Generales.
29. El reembolso de los gastos ocasionados por la tramitación de un proceso de adopción nacional e internacional iniciado con anterioridad a la fecha de alta del asegurado en la póliza.
30. La interrupción voluntaria del embarazo, así como toda asistencia sanitaria relacionada con dicha interrupción.
31. Cualquier estudio genético, excepto cuando, en el marco del cuadro clínico, la confirmación del diagnóstico genético condicione la instauración de un tratamiento específico o su modificación y siempre que en este caso el estudio necesario figure en el listado incluido en el Anexo I. Quedan expresamente excluidos los estudios genéticos de familiares y los de carácter preventivo.
32. Partos en medios acuáticos, a domicilio y por medios alternativos así como las técnicas de recuperación postparto.
33. Cirugía de cambio de sexo.
34. La educación para el lenguaje, salvo cuando haya patología orgánica de los órganos de la fonación, la educación, terapia y rehabilitación especial en enfermos con afectación psicomotora en procesos congénitos o adquiridos, la terapia de mantenimiento u ocupacional, así como los tratamientos de rehabilitación en régimen extrahospitalario para el Daño Medular.
35. Toda técnica quirúrgica o procedimiento terapéutico que use el láser, salvo los expresamente incluidos en el epígrafe 3.2.1 "Hospitalización Quirúrgica" de las presentes Condiciones Generales. La cirugía del Parkinson y la cirugía de la Epilepsia.
36. La digitalización del estudio biomecánico de la marcha y la fabricación de las plantillas personalizadas.
37. En reproducción asistida, la medicación, la congelación/descongelación de embriones, esperma y óvulos, el diagnóstico preimplantacional, así como los gastos de donación de ovocitos y esperma.
38. El tratamiento quirúrgico de la impotencia coeundi.
39. Los relacionados con procesos de gestación por sustitución cualquiera que sea el país en el que se haya seguido.
40. Tratamientos farmacológicos en Oncología, Reumatología o cualquier otra especialidad que no precisen aplicación en un centro hospitalario, aunque se dispensen los medicamentos en el propio hospital.
41. La utilización de dispositivos y/o fungibles novedosos.
42. Tratamientos de radioterapia mediante protones.
43. Medicamentos de terapias avanzadas tanto génica como celular.
44. En la garantía de Reembolso de Gastos de Farmacia quedan excluidas todas aquellas vacunas necesarias por motivos de viajes al extranjero, otras vacunas de carácter preventivo no enunciadas anteriormente, ni las que se encuentren en fase de desarrollo experimental. Igualmente, no serán reembolsables los gastos generados por productos que no contengan principio activo medicamentoso como pueden ser, a título meramente enunciativo y no limitativo, los productos de dermocosmética, parafarmacia, complementos alimenticios, así como los geles, cremas, sueros fisiológicos, cosméticos, etc.

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

ARTÍCULO 11º LIMITACIONES EN LA GARANTÍA DE REEMBOLSO DE GASTOS DE FARMACIA: Se reembolsarán los gastos de medicamentos, prescritos bajo receta médica, siempre que el proceso a tratar este cubierto por el seguro. Se abonará la factura o ticket siempre que el importe sea superior a 10€ y se acompañe de la correspondiente prescripción médica.

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

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

OBJETO Y EXTENSIÓN DEL SEGURO (Artículo 2º)

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

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

GARANTÍAS EXTRAHOSPITALARIA Y HOSPITALARIA – LIMITACIONES (Artículo 3º)

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

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

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

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

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

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

ASISTENCIA ESPECIALIZADA AMBULATORIA: La especialidad de **Anestesiología y Reanimación** únicamente incluye consultas. La especialidad de **Genética** únicamente incluye la consulta de consejo genético, así como los actos que figuren recogidos en el listado incluido en el Anexo I y sólo cuando en el marco de un cuadro clínico sean necesarios para la confirmación del diagnóstico genético que condicione la instauración de un tratamiento específico o su modificación. El uso de las plataformas genómicas designadas por la Aseguradora para análisis del índice de recurrencia de tumores de mama, únicamente tras una intervención quirúrgica cubierta por las garantías de la póliza. En la especialidad de **Medicina Nuclear**, en el caso del PET/TAC incluye únicamente los realizados con el radiofármaco 18FDG. En la especialidad de **Oncología Médica** se incluyen únicamente consultas. En la especialidad de **Oncología Radioterápica** se incluyen únicamente consultas. En la especialidad de **Rehabilitación**: Las sesiones de rehabilitación se limitan a 30 sesiones por Asegurado y año.

OTRAS PRESTACIONES DE EXCLUSIVA REALIZACIÓN EN SERVICIOS RECOMENDADOS: En la especialidad de **Odontología:** Únicamente propuesta de tratamiento, una limpieza de boca anual, radiografías simples y extracciones dentarias. En la especialidad de **Podología:** Se incluye cuatro sesiones de quiroterapia al año. En la especialidad de **Psiquiatría:** Se incluye únicamente la consulta en procesos psiquiátricos agudos o reagudizados. En la especialidad de **Rehabilitación:** Se incluyen los tratamientos de neurorrehabilitación y otros específicos para el Daño Cerebral Adquirido tienen un límite máximo de 90 días en régimen extrahospitalario, y alcanza una sola vez durante la vigencia de la póliza. **Ventiloterapia, Aerosolterapia y Oxigenoterapia.** No serán objeto de cobertura el CPAP, BIPAP y los monitores de apnea.

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

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

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

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

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

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

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

Hospitalización a domicilio exclusivamente en Servicios Recomendados.

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

REEMBOLSO DE GASTOS DE HOSPITALIZACIÓN QUIRÚRGICA: El reembolso, hasta el límite económico previamente fijado, del coste de adquisición de las prótesis, implantes y que, exclusivamente, se recogen en la Relación de Prótesis e Implantes del Anexo I de estas Condiciones Generales, y que hayan sido utilizados en una intervención quirúrgica autorizada por la Aseguradora.

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

OTRAS PRESTACIONES DE EXCLUSIVA REALIZACIÓN EN SERVICIOS RECOMENDADOS: Los tratamientos de neurorrehabilitación y otros específicos para el Daño Cerebral Adquirido y/o para el Daño Medular tienen un límite máximo de 60 días en régimen hospitalario y exclusivamente en Servicios Recomendados. Esta cobertura alcanza una sola vez durante la vigencia de la póliza. La hospitalización psiquiátrica para el tratamiento de enfermos mentales afectados de procesos agudos o crónicos reagudizados presenta un límite máximo de 60 días por Asegurado y año, en régimen de internamiento hospitalario o en hospital de día.

Cuando la hospitalización es prestada a través de Servicios Recomendados: El servicio de hospitalización a domicilio requerirá, en todos los casos, la obtención de autorización previa de la Aseguradora, cuya concesión estará supeditada a la existencia en la localidad del domicilio del Asegurado de Servicios Recomendados que lo puedan prestar. Comprenderá, exclusivamente, la atención médica por médico general y la intervención de personal de enfermería para la aplicación de inyectables, sueroterapia, sondajes y curas.

SERVICIOS ESPECIALES DE EXCLUSIVA REALIZACIÓN EN SERVICIOS RECOMENDADOS:

COMPLEMENTARIA AL REEMBOLSO DE GASTOS DE HOSPITALIZACIÓN QUIRÚRGICA: **Programa de Tratamiento de la sordera en niños:** Dirigido a Asegurados desde su nacimiento hasta los 7 años de edad siendo imprescindible que en el momento del nacimiento la madre o el padre tengan una antigüedad en póliza superior a 8 meses. Exclusivamente en los casos de sordera bilateral y mayor de 40dBHL en el oído más sano, la Aseguradora cubrirá un implante coclear con un límite de 22.000 euros por Asegurado y para toda la vigencia de la póliza.

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

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

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

GARANTÍA BUCODENTAL (Artículo 6º): De exclusiva realización en Servicios Recomendados. El Asegurado participará en el coste de los servicios mediante el abono de las franquicias que figuran en las Condiciones Especiales de esta garantía. Las franquicias establecidas son válidas para el año natural de contratación del seguro, reservándose la Aseguradora el derecho de poderlas modificar si así lo precisara, e incluso a someter a franquicia prestaciones que no la tenían prevista, previa comunicación a los Asegurados.

SERVICIOS RECOMENDADOS EN ESPAÑA (Artículo 7º)

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

- a) Intervención quirúrgica de ligadura de trompas, así como la cirugía de la vasectomía.
- b) Programas de Medicina Preventiva: preparación al parto, seguimiento de diabetes en el embarazo, planificación familiar, programa del niño sano, diagnóstico precoz de enfermedades, rehabilitación cardíaca y programa de detección precoz y tratamiento de la sordera en niños.
- c) Cobertura dental básica y garantía bucodental.
- d) Psiquiatría.
- e) Tratamientos de Psicoterapia breve o terapia focal.
- f) Podología.
- g) Reproducción Asistida.
- h) Osteopatía.
- i) Estudio biomecánico de la marcha.
- j) Tratamientos de rehabilitación para el Daño Cerebral Adquirido y para el Daño Medular.
- k) Ventiloterapia, Aerosolterapia, Oxigenoterapia. Podrán prestarse en consulta o a domicilio según las especificaciones del facultativo. **No serán objeto de cobertura el CPAP, BIPAP y los monitores de apnea.**

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

PERIODOS DE CARENCIA (Artículo 9º)

Carencia de 6 meses: Intervenciones quirúrgicas en régimen ambulatorio o de internamiento; hospitalización de cualquier tipo salvo urgencia extrema o vital; TAC coronario; resonancia magnética; PET, radiología vascular e intervencionista, polisomnografía, medicina nuclear e isótopos radioactivos, hemodinámica, diálisis, litotricia, oncología médica o radioterápica; acceso a la red hospitalaria de EE.UU., rehabilitación y rehabilitación cardíaca; consulta/tratamientos de osteopatía, consulta/tratamientos de psicoterapia breve o terapia focal, Gran Cobertura y genética.

Carencia de 8 meses: Embarazo, cariotipos, genotipos, amniocentesis, preparación al parto, asistencia al parto o cesárea.

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

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

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

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

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

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

27. La póliza no cubre la asistencia sanitaria y/o los gastos correspondientes a la atención a recién nacidos, salvo que se incluyan en la póliza, según lo dispuesto en las presentes Condiciones Generales.
28. El reembolso de los gastos ocasionados por la tramitación de un proceso de adopción nacional e internacional iniciado con anterioridad a la fecha de alta del asegurado en la póliza.
29. La interrupción voluntaria del embarazo, así como toda asistencia sanitaria relacionada con dicha interrupción.
30. Cualquier estudio genético, excepto cuando, en el marco del cuadro clínico, la confirmación del diagnóstico genético condicione la instauración de un tratamiento específico o su modificación y siempre que en este caso el estudio necesario figure en el listado incluido en el Anexo I. Quedan expresamente excluidos los estudios genéticos de familiares y los de carácter preventivo.
31. Partos en medios acuáticos, a domicilio y por medios alternativos.
32. Cirugía de cambio de sexo.
33. La educación para el lenguaje, salvo cuando haya patología orgánica de los órganos de la fonación, la educación, terapia y rehabilitación especial en enfermos con afectación psicomotora en procesos congénitos o adquiridos y la terapia de mantenimiento u ocupacional. Los tratamientos de rehabilitación para el Daño Cerebral Adquirido y para el Daño Medular en Servicios de Libre Elección tanto en régimen extrahospitalario como en régimen de internamiento hospitalario.
34. El uso de Servicios de Libre Elección para el acceso a los servicios indicados en el Artículo 7º, punto 3.
35. La digitalización del estudio biomecánico de la marcha y la fabricación de las plantillas personalizadas.
36. En la garantía de Reembolso de Gastos de Farmacia quedan excluidas todas aquellas vacunas necesarias por motivos de viajes al extranjero, otras vacunas de carácter preventivo no enunciadas anteriormente, ni las que se encuentren en fase de desarrollo experimental. Igualmente, no serán reembolsables los gastos generados por productos que no contengan principio activo medicamentoso como pueden ser, a título meramente enunciativo y no limitativo, los productos de dermocosmética, parafarmacia, complementos alimenticios, así como los geles, cremas, sueros fisiológicos, cosméticos, etc.
37. Los relacionados con procesos de gestación por sustitución cualquiera que sea el país en el que se haya seguido.
38. Tratamientos farmacológicos en Oncología, Reumatología o cualquier otra especialidad que no precisan aplicación en un centro hospitalario, aunque se dispensen los medicamentos en el propio hospital, salvo lo cubierto en la Garantía de Reembolso de Gastos de Farmacia.
39. Medicamentos de terapias avanzadas tanto génica como celular.

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

MAPFRE, en su compromiso con la transparencia, informa al cliente de que el Documento de Información de Seguro está a su disposición en su oficina y en la página web de MAPFRE www.mapfre.es/Información de interés; donde también puede consultar la siguiente documentación: Condicionado General, Informe de Solvencia, Notas Informativas, Cláusulas de Indemnización de Compensación de Seguros, etc.

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:

Información básica sobre protección de datos	
Responsable	MAPFRE ESPAÑA
Finalidades	Gestión del contrato de seguro, elaboración de perfiles para el adecuado desarrollo del contrato de seguro, gestión integral y centralizada de su relación con el Grupo MAPFRE y envío de información y publicidad sobre ofertas de productos y servicios del Grupo MAPFRE.
Legitimación	Ejecución del contrato y consentimiento del interesado.
Destinatarios	Podrán comunicarse datos a terceros y/o realizarse transferencias de datos a terceros países en los términos señalados en la Información Adicional.
Derechos	Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, oposición y portabilidad, detallados en la Información Adicional de Protección de Datos.
Información Adicional	Puede consultar la Información Adicional de Protección de Datos incluida en http://www.mapfre.es/RGPD#/Docs/ESPESPPERCLIPART01401ESES02

El Tomador/Asegurado/Afectado queda informado y consiente expresamente mediante la firma del presente documento, el tratamiento de los datos suministrados voluntariamente en el mismo, así como el de todos aquellos datos que pudiera facilitar a MAPFRE ESPAÑA, directamente o a través de su mediador, y los que se obtengan de médicos y prestadores de servicios sanitarios o mediante grabación de conversaciones telefónicas, o como consecuencia de su navegación por las páginas web de Internet u otro medio, con motivo del desarrollo del contrato o de la consulta, solicitud o contratación de cualquier servicio o producto, incluso una vez finalizada la relación precontractual o contractual incluidas, en su caso, las comunicaciones o las transferencias internacionales de los datos que pudieran realizarse, todo ello para las finalidades detalladas en la Información Adicional de Protección de Datos incluida en <http://www.mapfre.es/RGPD#/Docs/ESPESPPERCLIPART01401ESES02>.

El Tomador/Asegurado/Afectado consiente a su vez, la grabación de las conversaciones telefónicas que se mantengan con MAPFRE ESPAÑA por razón del contrato de seguro. MAPFRE ESPAÑA podrá consultar sus datos en ficheros sobre cumplimiento e incumplimiento de obligaciones dinerarias o de prevención del fraude.

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

El Tomador/Asegurado/Afectado declara que es mayor de dieciocho años. De igual modo, en caso de que los datos que proporcione sean de menores de edad, como padre/madre o tutor del menor, autoriza expresamente el tratamiento de dichos datos incluidos, en su caso, los relativos a la salud, para la gestión de las finalidades detalladas en la Información Adicional de Protección de Datos incluida en <http://www.mapfre.es/RGPD#/Docs/ESPESPPERCLIPART01401ESES02>.

El Tomador/Asegurado/Afectado garantiza la exactitud y veracidad de los datos personales facilitados, comprometiéndose a mantenerlos debidamente actualizados y a comunicar a MAPFRE ESPAÑA cualquier variación que se produzca en los mismos. Del mismo modo autoriza a MAPFRE ESPAÑA a solicitar o verificar de los médicos y prestadores de servicios sanitarios los datos y antecedentes de salud necesarios para garantizar el pleno desenvolvimiento del contrato y la satisfacción de sus intereses legítimos.

Vd. puede marcar esta casilla en caso de oponerse al tratamiento y comunicación de los datos de carácter personal por MAPFRE ESPAÑA para el envío de información y publicidad sobre ofertas de productos y servicios de MAPFRE ESPAÑA, de las distintas entidades del Grupo MAPFRE, así como de aquellas entidades terceras con las que cualquier empresa del Grupo MAPFRE haya suscrito acuerdos de colaboración, en cuyo caso no podremos informarle de los descuentos, obsequios, promociones y otras ventajas asociadas a los planes de fidelización de Grupo MAPFRE.

En todo caso, el consentimiento para el tratamiento de sus datos con dicha finalidad tiene carácter revocable, pudiendo retirar en cualquier momento el consentimiento prestado o ejercitar cualquiera de los derechos mencionados en la forma indicada en la Información Adicional de Protección de Datos, incluida en <http://www.mapfre.es/RGPD#/Docs/ESPESPPERCLIPART01401ESES02>.

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

PÓLIZA N°

Nombre y Apellidos del Tomador

Antes de firmar este documento, debe leer la información básica sobre protección de datos que se presenta en la cláusula llamada "TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES". Mediante la firma de este documento consiente el tratamiento de sus datos personales en los términos y condiciones incluidos en dicha cláusula.

Firma: