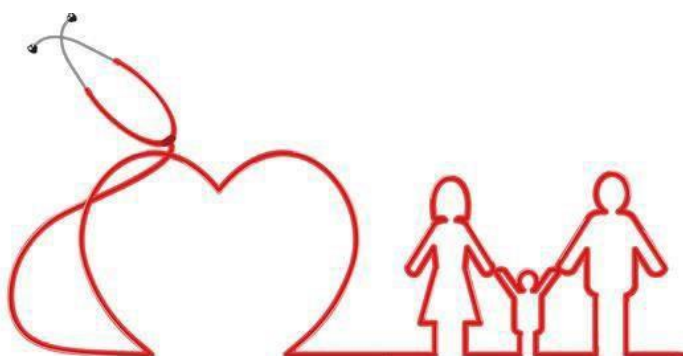




**AMEsalud
Sport**

Condiciones Generales



AME

ASISTENCIA MÉDICA

Fundada el Año 1943

Capital social suscrito: 362.000,00€

Capital desembolsado: 362.000,00€

Valencia, 106-108, bajos 08015 Barcelona

Tel. 93 226 59 66- Fax. 93 226 75 89

Estado miembro del Espacio Económico Europeo de origen y

Prestación de Servicios: España.

Autoridad de control: Dirección General de Seguros del Ministerio de Economía y Hacienda. Registrada con el N° C-0290.

Autoridad de control en materia sanitaria: Dirección

General de Recursos Sanitarios del Departament de

Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya. Registrada con el N° CAT-30.

Registro Mercantil de Barcelona, Hoja 5.494, Folio 1, Tomo 997,

Libro 500, C.I.F. N° A08169385

Indice

- **CARTA DE BIENVENIDA**
- **PREGUNTAS FRECUENTES**
- **CONDICIONES GENERALES**

- Cláusula preliminar	3
- Definiciones	3
- Objeto del seguro	6
- Acceso a las coberturas del seguro	7
- Coberturas del seguro	8
- Coberturas excluidas	15
- Periodos de carencia	18
- Formalización del contrato y duración del seguro	18
- Pago de primas	18
- Otras obligaciones del Tomador y/o Asegurado	19
- Facultades del Tomador y/o Asegurado	20
- Otras obligaciones del Asegurador	20
- Facultades del Asegurador	21
- Nulidad del contrato	21
- Indisputabilidad del contrato	21
- Comunicaciones	21
- Legislación, prescripción y medios de reclamación	21
- Base de cálculo y actualización de primas y franquicias	22
- Actualización anual de garantías y prestaciones	22
- Tratamiento, cesión y protección de datos personales	22
- Ámbito del seguro	23
- Exoneración de responsabilidad	23
- Condiciones de las Garantías de Asistencia en Viaje	23

Apreciado Tomador/Asegurado,

El equipo humano de **AME ASISTENCIA MÉDICA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A.** le da la bienvenida como nuevo miembro de la familia **AME**. Agradecemos su confianza y nos ponemos a su disposición para ofrecerle nuestro servicio personalizado que siempre nos ha caracterizado.

Nuestra amplia experiencia en el sector nos ha permitido tener una larga relación con nuestros Asegurados. Prueba de ello son las familias de Asegurados con cuatro generaciones diferentes que continúan confiando en **AME** desde su fundación en 1943 cuando un grupo de médicos del Hospital Clínico y Provincial de Barcelona, emprendieron con gran entusiasmo el reto de trabajar en una medicina privada de alta calidad.

Hoy, después de más de 75 años, nos esforzamos cada día para seguir contando con los mejores profesionales y con las clínicas y centros terapéuticos y de diagnóstico que poseen la tecnología más avanzada del mercado. Ofrecemos una medicina privada asequible con unas tarifas adaptadas al bolsillo de las familias de hoy en día, sin olvidar jamás, el cuidado y familiar trato a todas las personas que depositan su valor más preciado en **AME**, su salud.

Sabemos que en el cuidado de la salud cada caso es distinto. Por eso nos encontrará siempre a su disposición para atender cualquier consulta que tenga en el teléfono de Atención al Asegurado **93 226 59 66** o en nuestra página web: **www.ameasistencia.com**

Gracias por confiar en nosotros,
Reciba un cordial saludo,

Pere Camprubí Ponsa

Gerente AME Asistencia Médica Compañía de Seguros, S.A.

PREGUNTAS FRECUENTES

En estas Condiciones Generales encontrará toda la información relacionada con su póliza de salud contratada con **AME Asistencia Médica Compañía de Seguros, S.A.** en adelante denominada **AME**.

1. SOBRE EL CONTRATO

¿Qué documentos forman parte del contrato del seguro?

El contrato del seguro es un documento escrito que contiene las Condiciones Generales, las Particulares, las Especiales y los Suplementos o Anexos que se añadan a la misma, para completarla o modificarla. La Solicitud de Seguro y la Declaración o Cuestionario de Salud forman también parte del contrato.

¿Qué documentación le entregamos al contratar el seguro?

Junto con el contrato del seguro, le entregamos la Tarjeta Sanitaria **AMEsalud**, de uso personal e intransferible para que cada Asegurado/a pueda identificarse. Es importante que compruebe que sus datos personales sean correctos.

¿Qué documentación debe enviar firmada a la compañía?

Debe firmar una copia de los documentos que forman parte del Contrato de Seguro y enviarla a la compañía o entregarla debidamente firmada al Asesor de salud que tenga asignado y que ha contactado con usted. El seguro entrará en vigor una vez la compañía tenga firmada esta documentación y se haya pagado la primera prima.

¿Hay que comunicar la prórroga del contrato?

No. El seguro se prorrogará tácitamente y/o automáticamente por periodos no superiores al año empezando el 1 de enero y finalizando el 31 de diciembre de cada año. No obstante, el Asegurado podrá oponerse a dicha prórroga mediante notificación escrita a la compañía con un mes de antelación al cumplimiento del contrato, es decir, al menos un mes antes del 31 de diciembre.

¿Cómo doy por finalizado mi contrato con **AME**?

Para cualquier gestión administrativa relacionada con el vencimiento o renovación de su Contrato del Seguro, debe ponerse en contacto con el **Departamento de Atención al Asegurado en el teléfono 932 265 966** o de manera presencial en nuestras oficinas.

2. FUNCIONAMIENTO DEL SEGURO

¿Cómo busco los centros o los especialistas a los que puedo acudir?

Toda la información de los centros y especialistas a los que puede acudir, se encuentra en el Cuadro Médico que podrá consultar a través de nuestra página web: www.ameasistencia.com

¿Puedo ir al médico al día siguiente de contratar la póliza de salud?

Sí, desde el momento de entrada en vigor del contrato. Recuerde tener en cuenta los periodos de carencia que rigen algunos servicios incluidos en su póliza.

¿Hay que solicitar autorización para acudir a las visitas médicas?

Los servicios cubiertos por la póliza pueden ser de libre acceso o requerir una autorización previa por parte de la compañía. Son de libre acceso, es decir, no requieren autorización, las consultas de asistencia primaria, especialistas y las consultas de urgencia, así como los medios de diagnóstico básicos. Requerirán autorización previa los ingresos hospitalarios, las intervenciones quirúrgicas, los traslados en ambulancia, los actos terapéuticos, los medios de diagnóstico especiales y los trasplantes detallados en las condiciones generales y particulares de la póliza.

¿Cómo solicito una autorización para una prueba?

Para utilizar los servicios que requieran autorización de la compañía tales como ingresos hospitalarios, intervenciones quirúrgicas, actos terapéuticos y medios de diagnóstico especiales, el Asegurado deberá hacer llegar a **AME** la siguiente documentación:

Petición del especialista con el servicio a solicitar en la que se debe indicar:

- Nombre y apellidos del Asegurado.
- Número de teléfono de contacto.
- Centro donde quiere ser atendido el Asegurado (debe estar en nuestro Cuadro Médico).
- Fax o mail al que desea que enviemos la autorización.

Para solicitar la autorización del servicio puede escoger entre las siguientes opciones:

- Personalmente en las oficinas de **AME**: traer la petición del médico en el horario: de lunes a jueves de 8:00 a 18:00h. Viernes de 8:00 a 15:00h. Julio y agosto de lunes a viernes de 8:00 a 15:00h.
- Por correo electrónico: puede enviar escaneada (no sirve la transcripción) la petición a la dirección de correo: ame@ameasistencia.com.
- Por fax: 932 267 589.
- O a través de nuestra página web: www.ameasistencia.com

En un plazo de 24 a 48 horas la compañía procederá a dar respuesta a la solicitud.

¿Qué debo hacer si estoy de viaje y necesito atención urgente en el extranjero?

En caso de que tenga una urgencia debido a una enfermedad o accidente, debe ponerse en contacto con el servicio de **Asistencia en Viaje en el número +34 934 484 677** y le indicarán el centro sanitario más próximo al que debe acudir. La prestación se garantiza durante 60 días por viaje.

¿Qué debo hacer si necesito atención en mi domicilio?

Si por el estado de salud del enfermo fuese medicamente desaconsejable su desplazamiento a una consulta o centro hospitalario, deberá llamar al **teléfono de urgencias 24 horas 934 484 679** y allí procederán a atender su solicitud. **AME** le prestará el servicio únicamente en el domicilio del Asegurado que figure en la póliza, siempre y cuando la compañía haya concertado dicho servicio en esa zona.

¿Qué utilidad tiene el teléfono de urgencias 24h?

En el **teléfono de urgencias 24 horas 934 484 679** será atendido por personal sanitario cualificado que le dará información telefónica de apoyo referente a enfermedades, tratamientos y prevención de su salud, así como en la utilización de medicamentos, comprensión de informes de laboratorio, terminología médica, evaluación de informes y diagnósticos.

¿Qué cobertura tiene la póliza de salud en la especialidad de odontología?

Quedan cubiertas las visitas al odontólogo, las extracciones y las curas estomatológicas derivadas de éstas. Además, incluye una limpieza anual y las radiografías.

3. INGRESOS HOSPITALARIOS

¿Qué debo hacer en caso de ingreso hospitalario programado?

Los ingresos deberán ser solicitados por médicos incluidos en el Cuadro Médico de la Compañía y autorizados por la misma. Para la autorización tendrá que presentar la solicitud escrita del médico que indique el motivo de dicho ingreso.

¿En caso de hospitalización cuándo queda incluida la manutención del acompañante?

La manutención del acompañante será a cargo de la compañía cuando se trate de una intervención quirúrgica. En el caso de la Hospitalización por observación o por parto natural solo queda cubierta la cama del acompañante.

4. PAGO DEL SEGURO

¿Todos los meses se paga la misma cantidad?

Sí, siempre y cuando la frecuencia elegida para el pago de su seguro sea mensual. La compañía actualizará las primas del seguro contratado con efecto en el mes de enero de cada año.

¿Si pago mensualmente, debo esperar al 31 de diciembre para darme de baja? ¿Qué quiere decir que el contrato es anual?

La duración del contrato establecido en la póliza es anual prorrogable por años naturales, lo que es independiente de la forma de pago que puede ser mensual, trimestral, semestral o anual.

El fraccionamiento del pago de la prima no exime al Tomador del seguro de su obligación de abonar la prima anual completa. En caso de impago de recibos, la compañía está facultada a reclamar el importe de la parte de la prima anual no satisfechas.

5. OTRAS CONSULTAS

¿Cómo puedo presentar una reclamación?

El Departamento de Atención al Asegurado, donde el Tomador del Seguro o en su defecto una persona legitimada, podrá presentar sus quejas y reclamaciones relacionados con sus intereses y derechos legalmente reconocidos, está ubicado en Barcelona, calle Valencia 106-108.

Los medios de reclamación son:

- Departamento de Atención al Asegurado de **AME**.
- Comisionado para la Defensa del Cliente en la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.
- Tribunal Arbitral de Barcelona.
- Jurisdicción Ordinaria.

¿Cómo puedo modificar los datos de mi póliza?

Las modificaciones referentes a los datos de la póliza los debe hacer el titular de la misma en escrito dirigido a la compañía, bien sea por correo ordinario a la Calle Valencia, 106-108. 08015 Barcelona, o por correo electrónico a ame@ameasistencia.com o al fax 932 267 589.

CLÁUSULA PRELIMINAR

El presente Contrato de Seguro se rige por lo dispuesto en la ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro (Boletín Oficial del Estado de 17 de octubre de 1980), Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados (Boletín Oficial del Estado de 5 de noviembre) y su Reglamento de desarrollo (Real Decreto 2486/98, de 20 de noviembre); por las normas de las disposiciones reglamentarias que le sean aplicables, y por lo convenido en las Condiciones Generales, Particulares, Especiales y Suplementos o Anexos de este contrato, sin que tengan validez las cláusulas limitativas de los derechos de los Asegurados que no sean especialmente aceptadas por los mismos, como pacto adicional a las Condiciones Particulares.

No requerirán dicha aceptación las meras transcripciones o referencias de preceptos legales imperativos, ni las normas sobre delimitación del riesgo.

Integran el contrato las siguientes partes: la Solicitud de seguro, la Declaración o Cuestionario de Salud, las Condiciones Generales, las Particulares y Especiales, además de los Suplementos o Anexos que se emitan.

CLÁUSULA PRIMERA.- DEFINICIONES

A los efectos de este contrato se entiende por:

Accidente: Toda lesión corporal sufrida durante la vigencia de la póliza derivada de una causa violenta o súbita, externa y ajena a la intención del Asegurado y que esté documentada.

Accidente de circulación: El sufrido por el Asegurado como peatón, usuario de transportes públicos, líneas aéreas regulares o chárter, conductor o pasajero de automóvil, de bicicleta o ciclomotor, cuando se encuentre circulando por cualquier clase de vía.

Alta tecnología médica: Se refiere a las nuevas aplicaciones de la electrónica, la informática, la robótica y la bioingeniería en el campo de la medicina, especialmente en las tecnologías de diagnóstico y tratamiento médico. Estas técnicas se caracterizan por un alto coste de inversión, necesidad de personal especializado, y estar sujetas a los informes de las agencias de evaluación de las tecnologías sanitarias (AETS) para contrastar si su seguridad y efectividad en las distintas indicaciones es de suficiente magnitud como para reemplazar a la tecnología existente.

Antiangiogénico: Medicamento biológico que actúa sobre el factor de crecimiento del endotelio vascular (VEGF) esencial para la formación de nuevos vasos sanguíneos (angiogénesis) inhibiendo su crecimiento.
No queda cubierto por la póliza.

Asegurado: Cada una de las personas designadas en

las Condiciones Particulares sobre las cuales se establece el Seguro.

Asegurador: AME asume la cobertura de los riesgos de contrato, de acuerdo con las garantías pactadas.

Asistencia médica extrahospitalaria / ambulatoria: Es la asistencia médica, diagnóstica y/o terapéutica en régimen ambulatorio que se presta en consultorios médicos, en el domicilio del paciente y/o en el hospital o clínica sin mediar pernoctación y que genera una estancia de duración inferior a 24 horas. La cirugía mayor ambulatoria no se incluye en este concepto.

Asistencia médica hospitalaria: Es la asistencia médica que se presta en un centro hospitalario en régimen de internamiento, durante un mínimo de 24 horas, para el tratamiento médico o quirúrgico del Asegurado.

Asistencia neonatal: Todo proceso hospitalario médico o quirúrgico que afecta a un recién nacido durante sus primeras cuatro semanas de vida (28 días).

Biomaterial: Aquellos materiales, naturales (biológicos de origen animal o humano) o artificiales (hechos por el hombre), utilizados en la fabricación de dispositivos o productos sanitarios que interactúan con los sistemas biológicos y que se aplican en diversas especialidades de la medicina. **No queda cubierto por la póliza.**

Cirugía mayor ambulatoria: Toda aquella intervención quirúrgica realizada en quirófano con anestesia general, local, regional o sedación, que requiere cuidados postoperatorios poco intensivos y de corta duración, por lo que no precisa ingreso hospitalario y el paciente puede ser dado de alta pocas horas después de la intervención.

Cirugía menor ambulatoria: Atención sanitaria de procesos que requieren procedimientos quirúrgicos u otras intervenciones sencillas, que se realiza en consulta, en tejidos superficiales y precisa, generalmente, anestesia local. Las técnicas más utilizadas son la exéresis quirúrgica y lacrioterapia.

Cirugía robótica o asistida por ordenador: Se denomina cirugía robótica, guiada por imágenes o asistida por ordenador, a las maniobras quirúrgicas que realiza un robot siguiendo las instrucciones de un cirujano y guiado por un sistema laparoscópico telerrobotizado, y/o a la asistida por un sistema informatizado de realidad virtual o navegador con imágenes en 3D obtenidas por ordenador. **No queda cubierto por la póliza.**

Citostáticos: Son una gran variedad de fármacos empleados en el tratamiento del cáncer cuyo objetivo es destruir las células que componen el tumor con el fin de conseguir la reducción o desaparición de la enfermedad. **No queda cubierto por la póliza.**

Cláusula limitativa: Acuerdo establecido en el contrato de seguro, mediante el cual se limita el alcance de la garantía o la deja sin efecto cuando concurre alguna circunstancia de riesgo.

Copago: Importe prefijado por cada acto médico que el Tomador y/o Asegurado asume por la utilización de los servicios cubiertos por la presente póliza y que se detallan en esta condiciones generales.

Cuestionario o declaración de salud: Formulario de preguntas que forma parte del Contrato de Seguro, facilitado por **AME** al Tomador y/o Asegurado, que tiene por objeto determinar su estado de salud y conocer las circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y en la contratación del seguro.

Edad actuarial: Es la edad que cada Asegurado ha alcanzado tomando como referencia la fecha de efecto o de prórroga de la póliza.

Enfermedad o lesión: Toda alteración del estado de salud contraída durante la vigencia de la póliza, que no sea consecuencia de accidente y cuyo diagnóstico y confirmación sean efectuados por un médico legalmente reconocido en la localidad o país donde preste sus servicios.

Enfermedad, lesión, defecto o deformación congénitos: Es aquella alteración del estado de salud o normalidad que existe en el momento del nacimiento, como consecuencia de factores hereditarios o afecciones adquiridas durante la gestación hasta el mismo momento del nacimiento. Una afección congénita puede manifestarse y ser reconocida inmediatamente después del nacimiento o bien ser descubierta más tarde, en cualquier período de la vida del individuo.

Cuadro Médico: Conjunto de profesionales y establecimientos sanitarios concertados por **AME**, adaptado a cada modalidad de seguro contratada.

Honorarios médico-quirúrgicos: Honorarios profesionales derivados de intervención quirúrgica y/o ingreso médico hospitalario. Se incluyen los del médico cirujano, los de sus ayudantes, anestesistas, comadrona y los estrictamente inevitables del personal médico que se necesite en la intervención o asistencia médica realizada.

Hospital o clínica: Todo establecimiento público o privado, legalmente autorizado para el tratamiento de enfermedades, lesiones o accidentes, provisto de presencia médica permanente y de los medios necesarios para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas mediante ingreso o de forma ambulatoria.

Hospitalización médica o quirúrgica: Ingreso hospitalario necesario para recibir tratamiento médico o quirúrgico.

Hospitalización de carácter socio-familiar: Es la atención ambulatoria o mediante ingreso necesario para el tratamiento rehabilitador o paliativo de enfermedades crónicas o de enfermedades incurables

en fase terminal.

Tales casos no quedan cubiertos por la póliza.

Implante: Producto sanitario diseñado para ser insertado total o parcialmente en el cuerpo humano mediante intervención quirúrgica o técnica especial, con finalidad diagnóstica, terapéutica y/o estética, y destinado a permanecer allí después de dicha intervención. **No queda cubierto por la póliza.**

Indisputabilidad de la póliza: Beneficio incluido en el Contrato de Seguro que surge a partir del momento de su formalización o de la inclusión de nuevos Asegurados, por el cual el Asegurador asume la cobertura de toda enfermedad preexistente, siempre que el Asegurado no la conociera y no la omitiera intencionadamente en el Cuestionario de Salud.

Inhibidor enzimático y/o molecular: Medicamentos biológicos dirigidos que actúan sobre una diana terapéutica, intra o extracelular, inhibiendo la generación y transmisión de señales en la vía de crecimiento celular. En este subgrupo terapéutico se incluyen inhibidores de la transcripción enzimática a distintos niveles (ej. inhibidores de la proteína quinasa, de la tirosin quinasa, de los proteosomas, etc.) **No queda cubierto por la póliza.**

Inmunoterapia o terapia biológica: La inmunoterapia o terapia biológica (a veces también llamada bioterapia o terapia modificadora de la respuesta biológica) se basa en modificar, estimular o restaurar la capacidad del sistema inmunitario para luchar contra el cáncer, las infecciones y otras enfermedades.

Asimismo, se usa para disminuir ciertos efectos secundarios que pueden causar algunos tratamientos oncológicos. Las sustancias o medicamentos utilizados en la inmunoterapia antitumoral son: los agentes inmunomoduladores no específicos, los interferones, las interleuquinas, los factores de crecimiento o estimulantes de colonias, los anticuerpos monoclonales o los agentes antitumorales antígenoespecíficos, las terapias con citoquinas y las vacunas. **No queda cubierto por la póliza.**

Intervención quirúrgica: Actuación con fines diagnósticos o terapéuticos, realizada mediante incisión u otra vía de abordaje, efectuada por un cirujano o equipo quirúrgico/médico que, normalmente, requiere la utilización de un quirófano o sala especializada en un centro sanitario autorizado.

Material biológico o sintético: También llamado prótesis biológica que, implantada mediante técnica especial, sustituye, regenera o complementa un órgano o su función. Se incluyen en este concepto los trasplantes de células con fines regenerativos. **No queda cubierto por la póliza.**

Material ortopédico u ortesis: Productos sanitarios de uso externo, permanente o temporal, que adaptados individualmente al paciente, se destinan a modificar las condiciones estructurales o funcionales del sistema neuromuscular o esquelético, sin que su implantación

requiera nunca una intervención quirúrgica. **No queda cubierto por la póliza.**

Material de osteosíntesis: Pieza o elemento de cualquier naturaleza, empleado para la unión de los extremos de un hueso fracturado o para soldar extremos articulares. **No queda cubierto por la póliza.**

Medicina regenerativa: Incluye técnicas de regeneración tisular, celular o molecular, los implantes o trasplantes de células madre y la ingeniería de tejidos. **No queda cubierto por la póliza.**

Médico: Licenciado o Doctor en Medicina, legalmente capacitado y autorizado para ejercer la medicina y tratar médica o quirúrgicamente la enfermedad, dolencia o lesión que padezca el Asegurado.

Medios propios: Facultativos y centros incluidos en el Cuadro Médico que le corresponda al Tomador/Asegurado según la modalidad de seguro contratada.

Medios ajenos: Facultativos y centros no incluidos en el Cuadro Médico Sanitarios que le corresponda al Tomador/Asegurado según la modalidad de seguro contratada.

Período de carencia: Es el intervalo de tiempo, contado a partir de la fecha de efecto del seguro, durante el cual no son efectivas algunas de las coberturas incluidas dentro de las garantías de la póliza.

Póliza: Es el contrato de seguro. Documento escrito que contiene las Condiciones Generales, las Particulares, las Especiales y los Suplementos o Anexos que se añadan a la misma, para completarla o modificarla. La Solicitud de Seguro y la Declaración o Cuestionario de Salud forman también parte de la póliza.

Preexistencia: Es aquella condición médica, alteración de la salud o trastorno orgánico, que existe con anterioridad a la fecha de la contratación o inclusión del Asegurado en la póliza y que normalmente es percibida por signos o síntomas, independientemente de que exista un diagnóstico médico y no siendo necesariamente patológico (por ejemplo embarazo).

Prima: El precio del seguro. Incluirá, además, los recargos e impuestos que, en cada momento, sean de aplicación legal.

Prótesis: Productos sanitarios permanentes o temporales que en caso de ausencia, defecto o anomalía de un órgano o una estructura corporal sustituyen o restituyen, total o parcialmente, su función fisiológica. **No queda cubierto por la póliza.**

Psicología clínica: Rama o especialidad de la Psicología, que se ocupa del tratamiento y rehabilitación de las anomalías y trastornos del comportamiento humano. **No queda cubierto por la póliza.**

Psicólogo clínico: Licenciado en Psicología especializado en Psicología Clínica. **No queda cubierto por la póliza.**

Psicoterapia: Método de tratamiento que se efectúa a una persona que padece un conflicto psíquico, por indicación o prescripción de un psiquiatra. **No queda cubierto por la póliza.**

Radioterapia de intensidad modulada (imrt): Es un tipo de radioterapia conformada tridimensional que usa imágenes creadas por un ordenador, mediante programas informáticos de planificación inversa, para mostrar el tamaño y la forma de un tumor, y dirigir los haces de radiación de un acelerador lineal multiláminas en diferentes ángulos y con distinta intensidad hacia el tumor, concentrando la máxima intensidad en el mismo, y limitando la dosis que reciben los tejidos sanos adyacentes. También, se llama RIM. **No queda cubierto por la póliza.**

Radioterapia helicoidal o tomoterapia: La radioterapia helicoidal guiada por imagen en tiempo real, también llamada tomoterapia, integra el TAC y un acelerador lineal multiláminas binario (64 láminas) en un mismo equipo. Es una modalidad avanzada de radioterapia que permite antes de administrar la radiación obtener una imagen tridimensional del tumor (3-D) y enfocar la radiación en el tumor desde muchas direcciones distintas, al girar la fuente de radiación de la máquina alrededor del paciente en forma de espiral. También se llama tomoterapia helicoidal. **No queda cubierto por la póliza.**

Rehabilitación: Todos aquellos actos prescritos por un médico traumatólogo, neurólogo, reumatólogo o rehabilitador y realizados por un médico rehabilitador o por un fisioterapeuta en un centro específico de rehabilitación, destinados a restituir la funcionalidad de aquellas partes del aparato locomotor afectadas por las consecuencias de una enfermedad o accidente originado durante la vigencia de la póliza. **La rehabilitación de carácter neurológico no queda cubierta por la póliza.**

Rehabilitación cardiaca: El conjunto de actividades necesarias para recuperar, tras un infarto agudo de miocardio o trasplante cardiaco, un nivel funcional óptimo desde el punto de vista físico.

Seguro individual: A efectos de la contratación, se considera que el seguro es de modalidad individual cuando una o varias personas, unidas por un vínculo diferente al interés Asegurador, habitualmente son familiares de primer grado (el Tomador, su cónyuge o pareja de hecho y sus hijos no emancipados menores de 30 años convivientes en la misma residencia familiar).

Seguro colectivo: A efectos de la contratación, se considera que un seguro es de modalidad colectiva cuando incluye un grupo de personas unidas por un vínculo, diferente al interés Asegurador, que cumplan

las condiciones legales de asegurabilidad, y cuya cobertura se realiza mediante adhesión obligatoria (colectivo cerrado) o voluntaria (colectivos abiertos o cofinanciados) a unas condiciones de contratación y/o contrato único previamente acordado por el Asegurador y el colectivo contratante.

Sobreprima: Cantidad adicional o prima complementaria que se abona por la cobertura de un riesgo excluido en las Condiciones Generales.

Siniestros: Todo hecho cuyas consecuencias estén cubiertas, total o parcialmente, por alguna de las garantías de la póliza. Se considera que constituye un solo y único siniestro el conjunto de servicios derivados de una misma causa y prestado por un mismo prestador.

Solicitud de seguro: El cuestionario, facilitado por el Asegurador, en el que el Tomador del seguro describe el riesgo que desea asegurar, con todas las circunstancias que conoce y que pueden influir en la valoración de dicho riesgo. Incluye el Cuestionario de Salud.

Tarjeta sanitaria: Tarjeta magnética que se entrega a cada Asegurado incluido en la póliza y cuyo uso, personal e intransferible, es necesario para acceder a los servicios del Cuadro Médico.

Terapia génica o genética: Es el proceso que permite el tratamiento de las enfermedades hereditarias, del cáncer, las infecciones y otras enfermedades, mediante la modificación del genoma celular. La terapia génica consiste en insertar, mediante distintos vectores, material genético en una célula diana para obtener un efecto terapéutico (síntesis de una proteína de interés, compensar un déficit genético, estimular la respuesta inmune contra un tumor o la resistencia a la infección producida por un virus). **No queda cubierto por la póliza.**

Tomador del seguro: La persona física o jurídica que suscribe este contrato con **AME**, con ello, acepta las obligaciones que en él se establecen, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado.

Unidad del dolor: Servicio médico especializado en el tratamiento del dolor crónico.

Urgencia vital: Es aquella situación que requiere atención médica inmediata e inaplazable (en pocas horas), dado que un retraso en la misma puede derivar en un compromiso para la vida o daño irreparable en la integridad física del paciente.

CLÁUSULA SEGUNDA.- OBJETO DEL SEGURO

Dentro de los límites estipulados en las presentes **Condiciones Generales y de los que se establecen en las Condiciones Particulares y Especiales y/o en el Cuestionario o Declaración de Salud**, el Asegurador **AME** cubre la asistencia médico-quirúrgica

y hospitalaria en toda clase de enfermedades o lesiones comprendidas en las especialidades y modalidades que figuran en la **CLÁUSULA CUARTA.- COBERTURAS DEL SEGURO**, previo cobro de la prima correspondiente.

El Asegurador se hará cargo, siempre que se cumpla el contenido de las cláusulas de esta póliza, del coste de la asistencia sanitaria que los profesionales, centros y servicios sanitarios debidamente autorizados presten a los Asegurados.

En todo caso, según dispone la Ley de Contrato de Seguro, el Asegurador asume el coste de la necesaria asistencia de carácter urgente, de acuerdo con lo previsto en la **CLÁUSULA TERCERA.- ACCESO A LAS COBERTURAS DEL SEGURO** de las presentes Condiciones Generales de la Póliza y dentro de los servicios cubiertos por la misma.

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

Los avances diagnósticos y terapéuticos que se vayan produciendo en la ciencia médica en el periodo de cobertura de este seguro, sólo podrán pasar a formar parte de las coberturas de la póliza, cuando:

- 1. Estén debidamente contrastados científicamente o hayan quedado manifiestamente superados por otros disponibles. Ello requiere de un informe positivo emitido por las Agencias de evaluación de las tecnologías sanitarias (Ministerio de Sanidad o Servicios de Salud de la CCAA).**
- 2. Queden incluidos expresamente en la CLÁUSULA CUARTA.- COBERTURAS DEL SEGURO de estas Condiciones Generales.**

AME comunicará al Asegurado en cada renovación del contrato las incorporaciones o actualizaciones en técnicas o tratamientos que pasan a formar parte de las Coberturas de la Póliza para el siguiente periodo. El seguro se basa en la libre elección de los médicos y centros hospitalarios, entre los detallados en el Cuadro Médico de **AME**, adaptada según la modalidad de seguro contratada.

Cuando en alguna población no exista alguno de los servicios comprendidos en el contrato, será facilitado en la localidad donde éste pueda realizarse, a elección del Asegurado. El derecho de libertad de elección de médico y de centro supone la ausencia de responsabilidad directa, solidaria o subsidiaria de **AME** por los actos de aquéllos, sobre los que **AME** no tiene capacidad de control a causa de la protección del secreto profesional, la confidencialidad de los datos sanitarios y la prohibición del intrusismo de terceros en la actividad sanitaria.

La modalidad de prestación es la recogida en la Ley de Contrato de Seguro – abono de gastos sanitarios–, sin asumir directamente la prestación de los servicios que

se practica por profesionales y centros cualificados. En caso de defectuosa praxis médica u hospitalaria el Asegurado se obliga a plantear acciones exclusivamente contra los profesionales o centros intervinientes directamente en la prestación y sus respectivas Aseguradoras de responsabilidad civil, con renuncia de acciones frente a **AME**.

La modalidad del seguro y determinadas coberturas varían en función del tipo de suscripción realizada por el Asegurado.

CLÁUSULA TERCERA.- ACCESO A LAS COBERTURAS DEL SEGURO

AME entregará al Tomador del seguro la Tarjeta Sanitaria **AME**salud, de uso personal e intransferible para que cada Beneficiario pueda identificarse, así como las indicaciones de cómo consultar el Cuadro Médico con el detalle de los profesionales sanitarios, centros hospitalarios, servicios de urgencia, centros diagnósticos y servicios complementarios.

3.1.-Cobertura Ordinaria.

El Asegurado podrá hacer uso libremente de los servicios cubiertos por la póliza que formen parte del Cuadro Médico debiendo presentar para identificarse, la Tarjeta Sanitaria personal de Asegurado. Igualmente estará obligado a mostrar su documento nacional de identidad o, en su caso, otro documento oficial identificativo (NIE, Pasaporte, etc.).

Cuando en alguna población no exista alguno de los servicios comprendidos en el contrato, será facilitado en la localidad donde éste pueda realizarse, a elección del Asegurado.

El Asegurador no se hace responsable de honorarios de facultativos no incluidos en el Cuadro Médico de la misma, ni de los gastos de internamiento sanatorial o servicios que los mismos pudieran prescribir u ordenar.

Asimismo, el Asegurador no cubrirá los gastos de internamiento ni los servicios originados en centros privados o públicos no concertados con el Asegurador, cualquiera que sea el facultativo prescriptor o realizador de los mismos.

Los datos de los facultativos y de los establecimientos sanitarios que figuran en el Cuadro Médico pueden sufrir variación, por lo que se recomienda que, ante cualquier incidencia se ponga en contacto con el Departamento de Atención al Asegurado o consulte el Cuadro Médico actualizada en la página web de la Aseguradora. La póliza incluye una cobertura de asistencia en viaje en el extranjero según se detalla en la **CLÁUSULA ADICIONAL PRIMERA.- CONDICIONES DE LAS GARANTÍAS DE ASISTENCIA EN VIAJE.**

3.2.- Urgencias

En caso de un servicio de urgencia, el Asegurado, deberá solicitarlo por teléfono o acudir directamente a cualquiera de los Centros de Urgencia Permanente que el Asegurador tiene establecidos y cuya dirección y teléfono figuran en el Cuadro Médico facilitada al Asegurado. El servicio de urgencia de carácter domiciliario se garantiza en aquellas poblaciones en las que la Entidad tenga concertado dicho servicio.

3.3.- Autorizaciones

Los servicios cubiertos por la póliza pueden ser de libre acceso o requerir una Autorización previa por parte del Asegurador. Son de libre acceso las consultas de asistencia primaria, especialistas y las consultas de urgencia, así como los medios de diagnóstico básicos. Requerirán Autorización previa los ingresos hospitalarios, las intervenciones quirúrgicas, prótesis e implantes quirúrgicos, los traslados en ambulancia, los actos terapéuticos, las pruebas diagnósticas complejas y los trasplantes incluidos en la **CLÁUSULA CUARTA.- COBERTURAS DEL SEGURO.**

AME emitirá una Autorización expresa previa siempre que la prestación sea prescrita por escrito por un médico incluido en el Cuadro Médico de la Entidad, siendo necesario en el caso en que así lo requiera la Entidad, además de la citada prescripción, acompañar un informe del médico prescriptor. En cualquier caso, la citada Autorización del acto prescrito deberá recaer obligatoriamente en un centro incluido en el Cuadro Médico. Una vez formalizada la Autorización, ésta vinculará económicamente a la Entidad, salvo que en dicha comunicación se haga expresa indicación de que se trata de una prestación no cubierta por la Póliza.

No obstante, en los casos de asistencia de urgencia, será suficiente la prescripción por escrito del médico concertado con la Entidad, debiendo el Asegurado obtener la autorización de **AME** dentro de las 72 horas siguientes al ingreso hospitalario o a la prestación sanitaria incluidos en la **CLÁUSULA CUARTA.- COBERTURAS DEL SEGURO.**

En los supuestos de Urgencia Vital, **AME** quedará vinculada económicamente hasta el momento en que manifieste sus reparos a la orden del médico en caso de entender que la Póliza no cubre el acto médico o la hospitalización, con un máximo de 72 horas.

Para emitir las autorizaciones, tramitar los siniestros, **AME**, está autorizada, según lo establecido en la **CLÁUSULA DECIMONOVENA.-TRATAMIENTO Y CESIÓN DE LOS DATOS PERSONALES**, a recabar información médica relacionada con las prescripciones, directamente del facultativo y/o centro sanitario, o podrá solicitar al Asegurado un informe médico adicional en el que consten los antecedentes, los factores de riesgo, el diagnóstico y la necesidad de tratamiento.

3.4.- Hospitalización quirúrgica

Las autorizaciones de ingreso quirúrgico en centros hospitalarios tramitadas por la Entidad estarán limitadas al número de días establecidos en la prescripción de ingreso indicada por el médico.

Para obtener una o más prórrogas de los días de hospitalización quirúrgica, el Asegurado deberá solicitarlas a la Entidad aportando un nuevo informe médico en el que se señalen las razones de dicha prórroga y las previsiones de estancia al respecto. En ningún caso se aceptará como motivo de permanencia problemas de tipo social, familiar o laboral (dificultades de atención familiar en el domicilio etc.).

La permanencia en régimen de hospitalización de un enfermo estará determinada por el criterio exclusivo del médico que lo asista, quien podrá indicar que continúe el tratamiento en el domicilio del Asegurado, si su internamiento en este régimen de hospitalización ya no es indispensable.

La Entidad no se hará cargo de los gastos de hospitalización en centros no incluidos en el Cuadro Médico, salvo que se hayan originado por motivo de Urgencia Vital. En estos supuestos de Urgencia Vital, el Asegurado, o en su caso, sus familiares, deberán comunicar y acreditar esta circunstancia a la Entidad en el plazo máximo de 72 horas desde el ingreso. Será requisito indispensable para que la Entidad se haga cargo de los gastos que la hospitalización se haya realizado en el centro más próximo al lugar donde se produzca la Urgencia Vital y que no se trate de un centro público. Una vez sea posible, se deberá trasladar al Asegurado a un centro incluido en el Cuadro Médico de la Entidad.

3.5.-Asistencia domiciliaria

Con respecto a la visitas domiciliarias, el Asegurador se obliga a prestar los servicios únicamente en el domicilio del Asegurado que figura en la póliza, siempre y cuando esté concertado dicho servicio por la Entidad en esa zona; cualquier cambio del mismo habrá de ser notificado al Asegurador por cualquier medio fehaciente, con una antelación mínima de ocho días al requerimiento de cualquier servicio. La Entidad se obliga a emitir el correspondiente suplemento.

Se podrá solicitar un servicio a domicilio cuando, por el estado de salud del enfermo, el desplazamiento a una consulta o centro hospitalario es médicamente desaconsejable.

3.6.- Libertad de elección de médico

Para la prestación de la asistencia contratada rige el principio general de libertad de elección de facultativos de entre los que figuran en el Cuadro Médico de la Entidad. El Asegurado se dirigirá directamente al facultativo elegido.

3.7.- Copagos

El Asegurado abonará por cada servicio recibido, en concepto de copago o participación en el coste del mismo, el importe establecido en el apartado **4.9 Copagos de la CLÁUSULA CUARTA.- COBERTURAS DEL SEGURO.**

El Asegurador remitirá periódicamente al Tomador un extracto donde figurarán los servicios que hubieran utilizado los Asegurados incluidos en la Póliza y susceptibles de copago, junto con el importe de los copagos correspondientes.

El importe de los copagos podrá ser actualizado por el Asegurador de conformidad con lo establecido en las presentes Condiciones Generales de la póliza.

3.8.- Cláusula de subrogación o de cesión de derechos

Una vez prestado el servicio, **AME** podrá ejercer los derechos y acciones que, debido al siniestro causado, correspondan al Asegurado frente a las personas responsables del mismo, hasta el límite de la indemnización pagada.

El Asegurado está obligado a suscribir a favor de **AME** los documentos necesarios para facilitar la subrogación.

Este derecho de subrogación no podrá ejercerse contra el cónyuge del Asegurado ni contra otros familiares hasta el tercer grado civil de consanguinidad ni contra el padre adoptante o hijo adoptivo, que convivan con el Asegurado.

CLÁUSULA CUARTA.- COBERTURAS DEL SEGURO

La Asistencia Sanitaria a la que da derecho este contrato es la siguiente:

4.1.- Asistencia Primaria

Los servicios serán prestados exclusivamente por profesionales sanitarios que figuren en el Cuadro Médico de la Póliza.

- **Medicina General.** Asistencia médica con indicación y prescripción de pruebas y medios de diagnóstico básicos.
- **Pediatría y Puericultura.** Asistencia de niños de hasta 14 años de edad con indicación y prescripción de pruebas y medios de diagnóstico básicos. Incluye controles preventivos y de desarrollo infantil. Quedan incluidos los análisis clínicos básicos de sangre (excluidas las pruebas genéticas y biológico moleculares), el de orina y la radiología simple convencional.

- **Servicio de Enfermería (inyectables y curas):** Servicio de Asistente Técnico Sanitario o Diplomado Universitario de Enfermería (ATS/DUE) que se prestará en consultorio y en domicilio, previa petición escrita del médico que asista al Asegurado.

4.2.- Servicios de Urgencias

- **Asistencia Permanente de Urgencia.** Se prestará en los centros concertados por el Asegurador y que figuran en el Cuadro Médico de la póliza contratada. La asistencia sanitaria de Medicina General y de enfermería se prestará en domicilio del Asegurado siempre que esté justificado y por indicación del Servicio de Asesoramiento Médico Telefónico 24 horas. La Entidad no se hará cargo de los gastos de hospitalización en centros no incluidos en el Cuadro Médico, salvo que se hayan originado por motivo de Urgencia Vital. En estos supuestos de Urgencia Vital, el Asegurado, o en su caso, sus familiares, deberán comunicar y acreditar esta circunstancia a la Entidad en el plazo máximo de 72 horas desde el ingreso. Siempre que no exista contraindicación médica para ello, **AME** podrá dirigir la cobertura a un centro concertado, poniendo los medios de traslado oportunos.
- **Asistencia Permanente de Urgencia a Desplazados en España con las mismas coberturas y exclusiones indicadas en estas Condiciones Generales.**
- **Asistencia Permanente de Urgencia en el Extranjero** hasta un límite de 12.000 € por viaje. **Ver detalle de esta garantía complementaria en la CLÁUSULA ADICIONAL PRIMERA.- CONDICIONES DE LAS GARANTÍAS DE ASISTENCIA EN VIAJE de estas Condiciones Generales.**
- **Ambulancia.** Se prestará en caso de necesidad urgente y siempre y cuando concurren especiales circunstancias de imposibilidad física que le impidan utilizar otros servicios de transporte (coche particular, taxi, autobús, etc) para el traslado terrestre desde el lugar en el que se encuentre el Asegurado hasta los centros de urgencias concertados por **AME** que le correspondan. En todos los casos será necesaria la prescripción escrita de un médico de **AME** con un informe que indique la necesidad de traslado asistido. **La distancia máxima a cargo de la Entidad será de 300 kilómetros**, corriendo por cuenta del Asegurado el exceso de kilometraje. También, se incluyen los traslados en incubadora. **No queda cubierto el traslado de regreso del Asegurado de un centro médico, clínica u hospital a su domicilio u otra destinación.**

4.3.- Especialidades médicas y quirúrgicas

La cobertura incluye visitas, pruebas de diagnóstico, actos terapéuticos e intervenciones comprendidas en las especialidades que a continuación se describen, siempre que sean prestados por facultativos y centros incluidos en el Cuadro Médico correspondiente a su póliza.

- **Alergología e Inmunología.** Las vacunas serán a cargo del Asegurado.
- **Anestesiología y Reanimación.** Toda clase de anestésicos prescritos por médicos de la Entidad para intervenciones quirúrgicas cubiertas por la póliza. Queda cubierta la anestesia Epidural.
- **Anatomía Patológica.** Incluidos Inmunoquímica Receptores Hormonales y Marcadores Tumorales.
- **Angiología y Cirugía Vascul.** Se excluye la cobertura del láser.
- **Aparato Digestivo.**
- **Cardiología.** Incluye la rehabilitación cardiaca tras infarto agudo de miocardio.
- **Cirugía Cardiovascular.**
- **Cirugía General y del Aparato Digestivo.**
- **Cirugía Máxilo-Facial.**
- **Cirugía Pediátrica.**
- **Cirugía Plástica y Reparadora.** Incluida la reconstrucción mamaria tras mastectomía radical derivada de un proceso oncológico. Comprende las intervenciones quirúrgicas para restablecer lesiones esencialmente mediante plastias e injertos. **Está excluida la cirugía con fines estéticos.**
- **Cirugía Torácica.** incluida la simpatectomía por hiperhidrosis (tratamiento de la sudoración excesiva).
- **Comadrona.** Exclusivamente para la atención al Parto.
- **Dermatología medico-quirúrgica y venerología.** Quedan excluidos los tratamientos con fines puramente estéticos y la dermatoscopia digital (epiluminiscencia).
- **Endocrinología.**
- **Estomatología-Odontología.** Incluye extracciones, curas estomatológicas derivadas de éstas y radiología dental asociada (se excluyen de cobertura los TAC por Implantología). Limpieza bucal anual. El resto de tratamientos dentales que no cubre el seguro se prestarán, con la participación del Asegurado en su coste. Consulte con el Departamento de atención al Asegurado de **AME** las coberturas de otras pólizas.
- **Ginecología.** Comprende el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de la mujer. Queda cubierta la revisión ginecológica anual, la planificación familiar y el diagnóstico de la infertilidad y esterilidad.
- **Hematología y Hemoterapia.**
- **Medicina Interna.**
- **Nefrología.**
- **Neumología.**
- **Neurocirugía.** En caso de Rizolisi el material, el utillaje y los kits necesarios para la intervención serán a cargo del Asegurado.

- **Neurología.**
- **Obstetricia.** Incluye la vigilancia del embarazo por médico tocólogo, y la asistencia al parto, auxiliado por Comadrona. Se incluyen el “triple screening” o el EBA-Screening, test genético cribado prenatal y la amniocentesis o la biopsia de corion con la obtención del cariotipo cromosómico para el diagnóstico de anomalías fetales en el embarazo de riesgo y prescrito por el facultativo.
- **Oftalmología.** Incluye la fotocoagulación por láser y el trasplante de córnea siendo la córnea a trasplantar por cuenta del Asegurado. No se cubre la corrección de los defectos de refracción visual (miopía, hipermetropía y astigmatismo) y de la presbicia que serán a cargo del Asegurado.
- **Oncología Médica.** Incluye el estudio del ganglio centinela en el cáncer de mama.
- **Otorrinolaringología.** Se excluye la técnica de láser, incluido el kit de radiofrecuencia.
- **Psiquiatría.** Excluidos cualquier tipo de test, tratamiento de drogadicción y alcoholismo y, terapias tanto de grupo como individuales.
- **Radiología.** Incluida la Radiología de carácter Intervencionista.
- **Reumatología.** Se excluyen los fármacos de las infiltraciones.
- **Traumatología y Cirugía Ortopédica.** Se excluyen los fármacos de las infiltraciones.
- **Urología.** Se excluye el uso quirúrgico de láser.
- **Radiodiagnóstico.** Incluye las técnicas habituales como Densitometría Ósea, Ecografías (excepto la Ecografía en 3D o 4D Obstétrica), Mamografía, Angiografía, Arteriografía digital y Radiología no Intervencionista.
- **Analítica compleja:** se excluyen los análisis genéticos.
- **Medicina Nuclear.** Isótopos radioactivos y Gammagrafía.
- **Resonancia Magnética Nuclear (RMN).**
- **Tomografías:**
 - Tomografía Axial Computerizada (TAC/SCANNER).
 - Tomografía por Múltiples Detectores (DMD) exclusivamente para patologías del sistema coronario
- **Endoscopias, excluida la técnica de la cápsula endoscópica y la endoscopia digital.**
- **Fibrobronoscopias:** diagnósticas y/o terapéuticas.
- **Diagnóstico cardiológico:** Electrocardiograma, Prueba de Esfuerzo, Ecocardiograma, Holter, Mapa, Doppler y Hemodinámica. Incluye además Tomografía coronaria y SPECT cardíaco.
- **Neurofisiología Clínica: Electroencefalografía y Electromiografía.**

4.4.- Medios de diagnóstico

Las Pruebas de Diagnóstico se realizarán, en todos los casos, previa prescripción escrita de un médico de la Entidad y se practicarán en los centros sanitarios designados por la misma. **Los medios de contraste y los radiofármacos utilizados se encuentran incluidos en la cobertura de los Medios de Diagnóstico exclusivamente durante el ingreso del Asegurado en un centro hospitalario y ambulatoriamente hasta un máximo de 100,00 € por prueba.**

Medios de Diagnóstico Básicos. Comprende los siguientes servicios:

- Análisis Clínicos, Bioquímica, Hematología, Microbiología y Parasitología. **Se excluye el Test de Sensibilidad Alimentaria.**
- Anatomía Patológica y Citopatología.
- Radiología Simple.

Otros Medios de Diagnóstico. Se realizarán en los Centros Sanitarios designados por la Entidad. **El Período de Carencia aplicable a estas garantías será de TRES MESES, excepto para la Resonancia Magnética Nuclear, las Endoscopias digestivas y la Alta tecnología diagnóstica que será de SEIS MESES.** Comprende los siguientes servicios:

- **Otoemisiones Acústicas** o screening auditivo neonatal para la detección precoz de la hipoacusia.
- **Polisomnografía.** Exclusivamente para el estudio del síndrome de la apnea obstructiva del sueño a domicilio.
- **Triple Screening, Amniocentesis, Estudio del Cariotipo Fetal en el embarazo de Riesgo y Test genético de Cribado Prenatal en sangre materna para trisomía 21 (Down), 18 (Edwards) y 13 (Patau) en embarazo de alto riesgo, por gestación múltiple y antecedentes de abortos repetidos (2 o más) por causas desconocidas y cuando el test combinado del primer trimestre es positivo (con riesgo de anomalía en el feto, superior a 1/250).**
- **Tomografía de coherencia óptica (OCT):** en diagnóstico oftalmológico, según protocolos de práctica clínica comúnmente aceptados.
- **Alta tecnología diagnóstica. Incluye:**
 - La **Angiotomografía computerizada (AngioTC)** multi- corte, Angioresonancia (AngioRM) y la Resonancia de Vía Biliar.
 - La **Tomografía por Emisión de Positrones (PET)** sola o combinada con la tomografía computerizada (PET- TC).

- **Fibroscan o elastografía:** Exclusivamente para evaluar la evolución del grado de fibrosis hepática en hepatopatías crónicas, con exclusión de las que tienen alguna relación con el alcoholismo. Se limita a una por asegurado y año.

4.5.- Medicina preventiva

Los siguientes programas de medicina preventiva deberán ser realizados por médicos de la Entidad y en los centros sanitarios designados por la misma. **El Período de Carencia aplicable a las siguientes garantías será de SEIS MESES excepto la ligadura de trompas, la vasectomía y la oclusión tubárica histeroscópica que será de DOCE MESES.**

- **Plan de prevención de la salud Infantil:**
 - Chequeo Pediátrico. Control de salud en las edades claves del desarrollo infantil, durante los cuatro primeros años.
 - Otoemisiones Acústicas o screening auditivo neonatal para la detección precoz de la hipoacusia.
 - El test de agudeza visual y la ecografía neonatal.
- **Chequeo Ginecológico:**
 - Revisión anual incluyendo visita, colposcopia, citología, ecografía y mamografía, según protocolos comúnmente aceptados.
 - Test HPV para detección precoz de cáncer de cuello del útero según protocolos comúnmente aceptados.
- **Plan de prevención Dermatológica:**

Consulta y revisión de los cambios de tamaño, color y forma de los nevos displásicos o atípicos. **Se excluye la epiluminiscencia.**
- **Chequeo Urológico:**

Revisión anual incluyendo visita, ecografía renal y vesico-prostática, P.S.A. (antígeno prostático específico) y ecografía transrectal y/o biopsia prostática, si procede.
- **Plan de prevención del cáncer colorrectal:**
 - Consulta médica y exploración física.
 - Test específico para detectar sangre oculta en heces.
 - Colonoscopia, en caso necesario **y en población de riesgo con antecedentes.**
- **Odontología:**
 - **Consulta odontológica y exploración del estado bucodental.**
 - Tartrectomías o limpieza de boca anual.
- **Planificación Familiar:**
 - Implantación del DIU. **El coste del dispositivo será a cargo de la Asegurada.**
 - Vasectomía, ligadura de trompas y oclusión tubárica histeroscópica (**excluidos materiales protésicos**).

- Pruebas Diagnósticas de la Esterilidad. Se garantizan exclusivamente el Seminograma, Hiterosalpin- gografía y Cariotipo constitucional (sangre periférica).

- **Revisión deportiva anual de alto rendimiento:**

Exploración Médica Completa con valoración realizada por un médico especialista en Medicina del Deporte:

Historia Clínica. Exploración física completa.

Exploración del aparato locomotor:

- Electrocardiograma.
- Prueba de esfuerzo cardíaca con el estudio de gases respiratorios y parámetros metabólicos.
- Informe de valoración.

4.6.- Tratamientos Terapéuticos

Deberán ser solicitados por médicos de la Entidad y se realizarán en los centros sanitarios designados por la misma. **El Período de Carencia aplicable a las siguientes garantías será de SEIS MESES.**

- **Transfusiones de sangre y/o plasma exclusivamente en régimen de hospitalización cubierta por la póliza.**
- **Litotricia Renal y Biliar.**
- **Oxigenoterapia ambulatoria y a domicilio. Se establece un límite por proceso de 30 días.**
- **Rehabilitación Cardiológica.** Para la prevención de la cardiopatía isquémica tras el alta hospitalaria del Asegurado por una afección cardiovascular.
- **Rehabilitación del suelo pélvico.** Exclusivamente como consecuencia directa del Parto y siempre que el tratamiento se realice en el periodo de seis meses desde dicho acto médico. **Se limita el tratamiento a 10 sesiones como máximo.**
- **Hipertermia Prostática.**
- **Tratamiento del Dolor.** Se prestará en régimen ambulatorio para casos oncológicos con dolor que no pueda ser controlado por la unidad oncológica y/o con dolor crónico derivado de actuaciones quirúrgicas. Asimismo, se cubre el internamiento producido por una complicación aguda del tratamiento y por la implantación de aparatos médicos, **durante un período máximo de 7 días. Quedan excluidos los gastos de cualquier tipo de medicación, material, aparatos médicos específicos y prótesis.**
- **Rehabilitación y Fisioterapia.** Para el tratamiento de procesos traumatológicos agudos por intervención y/o traumatismo (no dolor crónico) siempre que los mismos hayan sido contraídos con posterioridad a la fecha de efecto del contrato. Se prestará con carácter ambulatorio y, en el centro hospitalario mientras el Asegurado deba permanecer ingresado a causa de una cobertura amparada en la póliza. Debe estar dirigida por un médico, auxiliado por fisioterapeutas y realizado en un centro idóneo para tal fin e incluido en el Cuadro Médico, **Se limita**

el tratamiento a 30 sesiones como máximo por Asegurado y año.

Excluidos los tratamientos rehabilitadores de carácter neurológico. Se limita el tratamiento a 30 sesiones como máximo por Asegurado y año.

- **Logopedia y Foniatría.** Se prestará para tratamientos consecuencia de intervenciones quirúrgicas de laringe. **Se establece un límite por proceso de 30 sesiones.**
- **Laserterapia.** Se prestará exclusivamente en tratamientos oftalmológicos.
- **Ortótica.** Se prestará como consecuencia de la aparición del estrabismo. **Se establece un límite por proceso de 10 sesiones.**

4.7.- Hospitalización

Los ingresos hospitalarios deberán ser solicitados por Médicos de la Entidad y autorizados según el protocolo establecido en las cláusulas 3.3 y 3.4 de este condicionado. Los ingresos hospitalarios deberán efectuarse en los centros concertados por la misma.

El Asegurado tendrá derecho a una habitación individual y cama para acompañante, excepto en los casos de UVI, de hospitalización psiquiátrica y de incubadora.

Serán por cuenta de la Entidad el tratamiento, estancias, curas y su material y, la manutención del enfermo mientras se encuentre ingresado, así como los gastos de quirófano, productos anestésicos y medicamentos utilizados en el acto quirúrgico. **La medicación y el material en planta hospitalaria y UVI irá a cargo de la Entidad hasta un máximo de tres mil euros al año por Asegurado, excepto en Hospitalización Oncológica. Quedan expresamente excluidos los medicamentos biológicos o biomateriales medicamentosos.** La fecha de alta será determinada por el médico de la Entidad responsable de la asistencia.

- **Hospitalización Quirúrgica.** Quedan cubiertos los gastos de quirófano, sala de partos, productos anestésicos y medicamentos utilizados en el acto quirúrgico dentro del quirófano. La manutención del acompañante será a cargo de la Entidad en caso de intervención quirúrgica. **La Medicación y el material en planta hospitalaria irá a cargo de la Entidad hasta un máximo de tres mil euros al año. El Periodo de carencia aplicable a esta garantía será de SEIS MESES. Excepto para parto y cesárea que será de OCHO MESES.**
- **Hospitalización Médica.** Para tratamiento de enfermedades médicas, la Entidad limita la cobertura hasta la fecha de alta determinada por el médico concertado por la Entidad responsable de la asistencia, **hasta un máximo de quince días.** La medicación y el material en planta hospitalaria irá a cargo de la Entidad **hasta un máximo de tres mil euros al año. El Período de Carencia aplicable a esta garantía será de SEIS MESES.**
- **Hospitalización Oncológica.** Para tratamiento de enfermedades médicas, la Entidad limita la

cobertura hasta la fecha de alta determinada por el Médico concertado por la Entidad responsable de la asistencia, **hasta un máximo de quince días.**

- **Radioterapia: Cobaltoterapia y acelerador lineal de Partículas, excluyendo radiocirugía.- Quimioterapia:** Los tratamientos quimioterapéuticos serán por cuenta de la Entidad, tanto en régimen ambulatorio como en clínica cuando el internamiento se hiciera necesario; siendo en todos los casos el médico especialista de la Entidad encargado de la asistencia quien dispondrá la forma y tratamientos a realizar. Los medicamentos oncológicos correrán a cargo del asegurado. Quedan únicamente garantizados los tratamientos (no los medicamentos en los que se utilicen citostáticos del mercado nacional y autorizados por el Ministerio de Sanidad. El período de Carencia aplicable a esta garantía será de SEIS MESES.

- **Hospitalización Pediátrica (para personas menores de 14 años).** Para tratamiento de enfermedades médicas y problemas quirúrgicos de los enfermos hasta los catorce años de edad. La Entidad limita la cobertura hasta la fecha de alta determinada por el médico concertado por la Entidad responsable de la asistencia. La manutención del acompañante será a pensión completa. **Se establece un máximo de quince días. La Medicación y el material en planta hospitalaria irá a cargo de la Entidad hasta un máximo de tres mil euros al año. El Período de Carencia aplicable a esta garantía será de SEIS MESES.**
- **Hospitalización psiquiátrica.** Para el tratamiento de las crisis esquizofrénicas y trastornos mentales en fase aguda que no puedan tratarse en el domicilio del paciente y precisen internamiento y no se trate de enfermedades crónicas reagudizadas ya diagnosticadas. Se excluyen adicciones y trastornos alimentarios **El período de cobertura se limita a quince días al año. El Período de Carencia aplicable a esta garantía será de SEIS MESES.**
- **Hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos.** **Se establece un máximo de diez días por proceso. La Medicación y el material en planta hospitalaria irá a cargo de la Entidad hasta un máximo de tres mil euros al año. El Período de Carencia aplicable a esta garantía será de SEIS MESES.**
- **Hospital de día. El Período de Carencia aplicable a esta garantía será de SEIS MESES.**
La Medicación y el material en planta hospitalaria irá a cargo de la Entidad hasta un máximo de tres mil euros al año. El Período de Carencia aplicable a esta garantía será de SEIS MESES.

4.8.- Indemnización Hospitalaria

A los efectos de la presente cobertura, se entiende como hospitalización el ingreso del Asegurado en un

centro hospitalario por un periodo de tiempo superior a 24 horas.

El Asegurador se obliga, dentro de los límites y condiciones estipuladas en la presente póliza, a pagar al Asegurado la indemnización diaria estipulada cuando a consecuencia de enfermedad o accidente el Asegurado deba permanecer ingresado en un centro hospitalario, en aquellos supuestos previstos en las condiciones generales o particulares de la póliza.

La cuantía diaria de la prestación por cada 24 horas de internamiento es de 30 euros. El periodo de devengo del proceso, ya sea de un modo consecutivo o en periodos con intervalos de salud, se establece en un máximo de 90 días para aquellos ingresos hospitalarios de carácter quirúrgico, y un máximo de 30 días para el resto de casos en los que el Asegurado deba permanecer hospitalizado.

En ningún caso el Asegurado podrá devengar un periodo de indemnización superior a 90 días por un mismo proceso.

Riesgos excluidos:

Serán de aplicación las exclusiones detalladas en el Condicionamiento General y Condiciones Particulares del seguro de Asistencia Sanitaria y las siguientes causas de hospitalización:

a) Hospitalizaciones para el diagnóstico y/o tratamiento de afecciones no orgánicas, que permitan filiar o tratar la esterilidad, y aquellas de carácter estético o reparador salvo si la intervención es médicamente necesaria para la recuperación funcional.

b) Afecciones mentales y/o nerviosas de causa no orgánica.

Para la tramitación del siniestro se aplicarán las siguientes normas:

A los efectos del devengo de la indemnización diaria, deberá presentarse la correspondiente solicitud de la prestación.

El Asegurador pagará la indemnización dentro del plazo máximo de los cuarenta días siguientes a la notificación de la fecha del alta, mediante transferencia bancaria a la cuenta corriente facilitada por el Tomador o el Asegurado.

La garantía se extinguirá al término de la anualidad dentro de la cual el Asegurado cumpla la edad de 65 años.

4.9.- Prótesis

El Asegurador se hará cargo del coste de las prótesis que sean necesarias durante las intervenciones quirúrgicas, en función de sus características, con las limitaciones establecidas y de acuerdo con las siguientes normas:

Sólo se reembolsa el importe de las prótesis que consten a continuación descritas con los siguientes

límites máximos por año y por persona asegurada:

Traumatología y cirugía ortopédica

Prótesis cadera 2.000,00€

Prótesis rodilla 2.000,00€

Otras prótesis y material de osteosíntesis 750,00€

Oftalmología

Lente intraocular 225,00€

Cardiovascular

Prótesis endovascular, tipo stent 750,00€

Marcapasos 2.000,00€

Prótesis valvular 2.000,00€

Prótesis de bypass vascular 2.000,00€

Cirugía general. Ginecología

Prótesis mamaria postmastectomía 750,00€

Expansores mamarios postmastectomía 750,00€

Prótesis de incontinencia 650,00€

Mallas sintéticas 300,00€

Aparato digestivo

Prótesis esofágica 1.500,00€

Stents biliares 750,00€

Neurocirugía

Prótesis valvular ventricular y otras 975,00€

Otras prótesis

Port-a-Cath 300,00€

Drenajes transtimpánicos 55,00€

El coste de cualquier otro tipo de prótesis, piezas anatómicas, ortopédicas y el dispositivo DIU, será de cuenta del Asegurado.

El importe descrito es la cantidad económica que el asegurador deberá reembolsar al Asegurado siempre y cuando éste presente previamente la factura correspondiente, en la cual deberán constar el nombre y los apellidos del asegurado, el nombre y los apellidos del facultativo y NIF o, si procede, el nombre del centro y CIF. Este importe es la máxima cuantía económica que se puede rembolsar por intervención y, siempre y cuando el proceso quirúrgico haya sido autorizado por el Asegurador. Este importe incluye la prótesis, el cemento y todos los accesorios y materiales complementarios.

A efectos del presente seguro, se entiende que se ha comunicado el siniestro cuando el asegurado solicita la prestación del servicio y aporta la factura indicada en el párrafo anterior. El Asegurador pagará la prestación dentro del plazo máximo de los cuarenta días siguientes, mediante transferencia bancaria a la cuenta corriente facilitada por el Tomador o el Asegurado.

En el caso que el asegurador, realice la gestión del pedido del material, será el asegurado quién deberá abonar la diferencia, si es que la hubiere, al asegurador, dentro de un plazo máximo de 15 días antes de sus colocación. mediante transferencia bancaria a la cuenta facilitada por el Asegurador.

La cobertura de las garantías incluidas en este apartado comenzará transcurrido SEIS MESES desde la toma de efecto de la contratación de estas garantías, excepto para los casos de accidente en que los derechos serán inmediatos.

4.10.- Otros servicios

- **Podología en consultorio. Limitado a 12 sesiones anuales por Asegurado.**
- Preparación para el Parto. **Sesiones de preparación antes del parto en un centro designado por la Entidad previa autorización por escrito de la misma.** El periodo de Carencia aplicable a esta **garantía será de SEIS MESES.**
- **Servicio Telefónico de Orientación Médica 24 horas 93 448 46 79.** Información telefónica de apoyo, todos los días del año, referente a enfermedades, tratamientos y prevención de su salud, así como en la utilización de medicamentos, comprensión de informes de laboratorio, terminología médica, evaluación de informes y diagnósticos.
- **Homeopatía.** Se prestará por un facultativo concertado por la Entidad, acreditado, del Cuadro Médico. **Se limita su cobertura a un total de 12 visitas anuales por Asegurado.**

4.11.- Copago

El Tomador del Seguro pagará en concepto de franquicia o participación en el coste del servicio una cantidad determinada por cada servicio que utilice de las garantías cubiertas por la presente póliza. El importe de cada uno de los copagos serán los indicados a continuación en función de cada uno de los apartados de la presente CLÁUSULA CUARTA:

- **Visitas: 0,00 €**
- **Pruebas o medios de diagnóstico: 0,00 €**
- **Urgencias 0,00 €**
- **Tratamientos: 0,00 €**
- **Hospitalizaciones: 0,00 €**

CLÁUSULA QUINTA.- COBERTURAS EXCLUIDAS

Quedan excluidos de la cobertura de este seguro:

1. La Asistencia Sanitaria de toda clase de enfermedades, lesiones, defectos o deformaciones congénitas que sea preexistentes (embarazo o gestación) a la fecha de efecto del alta de cada Asegurado en la póliza, aún cuando no se hubiera establecido un diagnóstico concreto salvo que en dichas enfermedades lesiones, defectos o deformaciones hayan sido declaradas por el Tomador o Asegurado en el cuestionario de salud y expresamente aceptada su cobertura por el Asegurador en las Condiciones Particulares. Esta exclusión no afectará a los Asegurados incorporados a la póliza desde su nacimiento.

El Tomador del seguro y los Beneficiarios, están obligados a manifestar en el momento de suscribir la solicitud de seguro, cualquier tipo de lesión, patología congénita, enfermedades, pruebas diagnósticas, tratamientos e inclusive la sintomatología que pudiera considerarse como el inicio de alguna patología. En caso de ocultación, la afección quedará excluida de las coberturas del contrato de seguro. Si constaran declaradas enfermedades pre-existentes y/o congénitas, **AME** se reserva el derecho de aceptar o rechazar la solicitud de aseguramiento. En caso de aceptarlas **AME** podrá bien incluir la correspondiente cláusula de exclusión de dichas coberturas, o en su caso aplicar una sobreprima por la cobertura de las mismas.

Para las enfermedades no conocidas ni sospechadas por el Asegurado o Tomador por no haber dado síntomas anteriores a la formalización del contrato, se establece la indisputabilidad de su cobertura transcurrido un año desde dicha formalización o inclusión del Asegurado, salvo dolo del Tomador.

2. La Asistencia Sanitaria por enfermedades o lesiones producidas como consecuencia de guerras, motines, revoluciones, represiones y maniobras militares, aún en tiempos de paz y terrorismo en cualquiera de sus formas; las causadas por epidemias declaradas oficialmente; las que guarden relación directa o indirecta con contaminaciones químicas, biológicas, con radiación nuclear o contaminación nuclear o radiactiva, así como las que provengan de cataclismos (terremotos, inundaciones y fenómenos sísmicos o meteorológicos).
3. La Asistencia Sanitaria que se precise como consecuencia de las enfermedades o lesiones producidas durante la práctica como aficionado o profesional de las actividades de alto riesgo como: actividades aéreas, boxeo, artes marciales, escalada, rugby, espeleología, submarinismo, carreras de vehículos a motor, quad, hípica, parapente, puenting, barranquismo, esquí (dentro y fuera pistas), participación en apuestas y competiciones, toreo y encierro de reses bravas, deportes de aventura u otra práctica manifiestamente peligrosa.
4. La Asistencia Sanitaria derivada de la práctica profesional de cualquier deporte o de la participación como aficionado en competiciones deportivas en general, incluyendo los entrenamientos preparatorios para participar en dichas competiciones.
5. La Asistencia sanitaria derivada de alcoholismo crónico, drogadicción o intoxicaciones debidas al abuso de alcohol, de psicofármacos, estupefacientes o alucinógenos, intento de suicidio y autolesiones y trastornos alimentarios, así como la Asistencia Sanitaria por enfermedades o accidentes sufridos por el dolo, negligencia, imprudencia del Asegurado o lesiones por riñas, agresiones.
6. Análisis y otras exploraciones que sean precisos para la expedición de certificaciones, emisión de informes y el libramiento de cualquier tipo de documento que no tenga una clara función.
7. La Medicina y chequeos de carácter preventivo (salvo los detallados en las Condiciones Generales de la póliza). Los productos farmacéuticos y todo tipo de vacunas y autovacunas salvo las detalladas expresamente en las Condiciones Generales. Así como el suministro de Extractos en procesos alérgicos.
8. La interrupción voluntaria del embarazo en cualquier supuesto, así como las pruebas diagnósticas relacionadas con dicha interrupción voluntaria y la reducción embrionaria instrumental selectiva. También está excluido el tratamiento de la esterilidad e infertilidad y las técnicas de fecundación asistida. Está excluido el estudio, diagnóstico y tratamiento de la impotencia y de la disfunción eréctil.

9. La cirugía estética y cualquier otro tratamiento, infiltración o actuación que tenga una finalidad estética y/o cosmética, a no ser que existiera un defecto funcional de la parte afectada (no siendo válidas las razones puramente psicológicas). Quedan asimismo excluidos los tratamientos de varices con fines estéticos, las curas de adelgazamiento y los tratamientos dermoestéticos en general, incluidos los tratamientos capilares. Queda también excluida la corrección quirúrgica de la miopía, astigmatismo, hipermetropía y presbicia, así como la ortoqueratología. Así como las consecuencias y complicaciones derivadas de todas las exclusiones recogidas en éste apartado.
10. El psicoanálisis, hipnosis, sofrología, narcolepsia ambulatoria, los test psicológicos, la psicoterapia individual o en grupo y cualquier método de asistencia psicológica. Las terapias alternativas y complementarias, acupuntura, naturopatía, el quiromasaje, el drenaje linfático, la mesoterapia, la gimnasia la osteopatía, la hidroterapia, la oxigenoterapia trifásica, la presoterapia, la ozonoterapia y otras prestaciones similares o especialidades no reconocidas oficialmente.
11. Los ingresos hospitalarios médicos derivados de procesos terminales.
12. Los trasplantes o autotrasplantes de órganos, tejidos, células o componentes celulares, injertos o autoinjertos, excepto los indicados en estas Condiciones Generales. La Aseguradora no se hace cargo de la conservación, traslado y órgano a trasplantar.
13. Las prótesis, el material de osteosíntesis, así como cualquier otro tipo de material ortopédico, materiales y medicamentos biológicos o sintéticos, injertos, mallas, implantes de columna y el corazón artificial, salvo que figuren expresamente incluidas en anexo a las Condiciones Particulares de la póliza.
14. Cualquier medio de diagnóstico y/o tratamiento mediante terapia genética, estudios para la determinación del mapa genético y cualesquiera otra técnica genética, con la exclusiva excepción de aquellas que figuren expresamente incluidas en el Anexo de Servicios de la póliza que figura en las Condiciones Particulares.
15. La Asistencia Sanitaria que exija el tratamiento por enfermedades o accidentes laborales, así como la derivada de la utilización de vehículos a motor cubierta por el Seguro del Automóvil de Suscripción Obligatoria.
16. Los gastos derivados de la asistencia sanitaria prestada en centros de la Seguridad Social o centros integrados en el Sistema nacional de Salud.
17. Los tratamientos de fisioterapia y rehabilitación cuando se haya conseguido la recuperación funcional o el máximo posible de ésta, cuando se convierta en terapia de mantenimiento ocupacional, la rehabilitación en enfermedades crónicas del aparato locomotor cuando se hayan estabilizado las secuelas, así como la rehabilitación de mantenimiento en lesiones neurológicas irreversibles de diverso origen. Queda excluida la estimulación precoz, la rehabilitación realizada en el domicilio o como motivo de ingreso hospitalario, y aquella que se realiza en centros no autorizados y/o inscritos en el registro de Centros y Servicios Sanitarios de la Comunidad Autónoma respectiva.
18. Tratamientos de diálisis, hemodiálisis y riñón artificial. La Cámara Hiperbárica.
19. La asistencia sanitaria derivada de la infección por el virus de la inmunodeficiencia Humana (V.I.H.), el SIDA y las enfermedades relacionadas con éste.
20. Cirugía de cambio de sexo.
21. Los gastos de viaje y desplazamientos salvo la ambulancia en los términos contemplados en la descripción de los servicios.
22. Igualmente, quedan excluidos aquellos procedimientos, de carácter experimental o que no tengan suficientemente probada su contribución eficaz a la prevención, tratamiento o curación de las enfermedades, conservación o mejora de la esperanza de vida, eliminación o disminución del dolor y el sufrimiento y los que consistan en meras actividades de ocio, descanso, confort o deporte. Todos aquellos procedimientos diagnósticos y terapéuticos cuya seguridad y eficacia clínicas no estén científicamente contrastadas y/o no hayan sido ratificadas por las Agencias de Evaluación de las Tecnologías Sanitarias, o se hayan quedado manifiestamente superadas por otras disponibles.
23. Las estancias, asistencias y tratamientos en centros no hospitalarios tales como hoteles, balnearios, centros spa, asilos, residencias, centros de reposo, de diagnóstico y similares, aunque sean prescritos por facultativos, así como los ingresos en centros dedicados a actividades relacionadas con el ocio, el descanso y los tratamientos dietéticos. La hospitalización psiquiátrica, salvo en caso de brotes agudos, la hospitalización por razones de tipo social o familiar y la que sea sustituible por una asistencia domiciliaria o ambulatoria. Queda excluida además la asistencia sanitaria en centros privados no concertados, y la prestada en hospitales, centros y otros establecimientos de titularidad pública integrados en el Sistema Nacional de Salud de España y/o dependientes de las Comunidades Autónomas. En todo caso AME se reserva la facultad de reclamar al Asegurado el recobro de los gastos de asistencia que haya tenido que abonar al sistema sanitario público, por la asistencia médico-quirúrgica y hospitalaria prestada.

24. Análisis u otras exploraciones que sean precisos para la expedición de certificaciones, emisión de informes y el libramiento de cualquier tipo de documento que no tenga una clara función asistencial.
25. En Psiquiatría y Psicología clínica, las consultas, técnicas diagnósticas y terapias que no sigan criterios de tratamiento neurobiológicos o farmacológicos, como el psicoanálisis, la hipnosis o narcolepsia ambulatoria, la sofrología y las curas de reposo o sueño. Se excluye además la psicoterapia de grupo o pareja, los tests psicológicos y psicométricos, la rehabilitación psicosocial o neuropsiquiátrica, la terapia educativa o cognitivo conductual en los trastornos de la comunicación oral y escrita y del desarrollo de diverso origen.
26. Sistema de navegación o mapeo Carto (3D) o cartografía auricular electroanatómica no fluoroscópica de ablación por radiofrecuencia.
27. Terapia de entrecruzamiento o Cross-linking corneal.
28. Cirugía asistida por neuronavegadores (3D) intracraneal y tumoral espinal.
29. Las intervenciones quirúrgicas derivadas de la epilepsia o del Parkinson.
30. La cirugía robótica (Da Vinci, entre otros).
31. Los tratamientos que usan láser, excepto los indicados en las coberturas.
32. La cirugía de obesidad e implantación/ colocación del balón gástrico.
33. Los tratamientos médicoquirúrgicos de la roncopatía o de la apnea obstructiva del sueño, y los tratamientos y/o modalidades de radioterapia y sus indicaciones médicas. Además queda excluida la protonterapia, la neutronterapia, la radiocirugía con Cyberknife, la radioterapia o radiocirugía estereotáctica extracraneal y/o adaptada a la respiración (4D).
34. La Logopedia y la Foniatría para la recuperación de los trastornos del habla, la fonación y el lenguaje, causados por alteraciones anatómicas o neurológicas congénitas y psicomotrices de diverso origen.
35. La Medicina Regenerativa, la Biológica, la Inmunoterapia, las Terapias Biológicas, la Terapia Génica o Genética, así como las aplicaciones de todas ellas. Además quedan excluidos todo tipo de tratamientos experimentales, los de uso compasivo, así como los que estén en ensayo clínico en todas sus fases o grados.
36. La Odontología Endodóncica, Periodóncica, Ortodóncica, los selladores de fisuras y las obturaciones o empastes en mayores de 14 años, las reconstrucciones, las prótesis dentales, las apicectomías, la implantología y los medios diagnósticos necesarios para realizar estos tratamientos.
37. Los tratamientos médico-quirúrgicos con técnicas de radiofrecuencia empleados en especialidades tales como Angiología y Neurocirugía.
38. La cirugía hipertrofia benigna de próstata con láser (láser verde, entre otros).
39. Pruebas genéticas y de biología molecular.
40. Los gastos por uso de teléfono, televisión, pensión alimenticia del acompañante en clínica, los gastos por viaje y desplazamientos, salvo la ambulancia en los términos contemplados en el apartado Servicio de Urgencia de estas Condiciones Generales, así como otros servicios no imprescindibles para la necesaria asistencia hospitalaria.
41. El consejo genético, las pruebas de paternidad o de parentesco, la obtención de mapas genéticos de riesgo con finalidad preventiva o predictiva, la secuenciación masiva de genes o cariotipo molecular, las técnicas de hibridación genómica comparada, y las plataformas de microarrays con interpretación automatizada de los resultados, así como cualquier otra técnica genética y/o de biología molecular que se solicite con fin pronóstico o diagnóstico si éste se puede obtener por otros medios, o no tiene repercusión terapéutica.
42. La branquiterapia.
43. El DATASCAN- Spect cerebral (Tomografía de Fotón Único (Espectografía-SPECT)).
44. La Espectroscopia por RM o RMN de alta resolución o campo (3 Teslas).
45. El Kit de rizolisis y facetas lumbares en la infiltración de espalda, kit de radiofrecuencia.
46. El láser en la cirugía de otorrinolaringología y angiología.
47. La Biopsia por fusión RMN/ Ecografía Transrectal/ Perianal.

CLÁUSULA SEXTA.- PERIODOS DE CARENIA

Todas las prestaciones que en virtud de la póliza asuma el Asegurador serán facilitadas desde el momento de entrar en vigor el contrato para cada uno de los Asegurados que se vayan incorporando a ella.

Se exceptúan del principio general anterior los siguientes servicios:

- a. **Los servicios detallados en el apartado 4.4.- Medios de diagnóstico de estas Condiciones Generales tendrán un período de carencia de TRES MESES excepto para la Resonancia Magnética Nuclear, para las endoscopias digestivas y para la alta tecnología diagnóstica que será de SEIS MESES. Los servicios de Radiología y Analítica simple no tendrán periodo de carencia alguno.**
- b. **Todos los tratamientos terapéuticos detallados en el apartado 4.6 de estas Condiciones tendrán un periodo de carencia de SEIS MESES.**
- c. **Los servicios detallados dentro del apartado 4.5 de Medicina Preventiva de estas Condiciones Generales tendrán un período de carencia de SEIS MESES, excepto la ligadura de trompas, la vasectomía y la oclusión tubárica histeroscópica que será de DOCE MESES.**
- d. **Las hospitalizaciones e intervenciones quirúrgicas en centros sanitarios tendrán un período de carencia de SEIS MESES. Excepto el trasplante de córnea que será DOCE MESES, el parto y la cesárea que será de OCHO MESES.**
- e. **Las Prótesis cubiertas por la póliza y descritas en estas Condiciones Generales tendrán un período de carencia de SEIS MESES.**

De forma excepcional, en casos de urgencia Vital, de partos en los que peligre la vida del feto o de la madre, o en partos prematuros, entendiéndose por tales los que se produzcan con anterioridad al cumplimiento de la 28ª semana de gestación, se tendrá derecho a la asistencia desde la fecha de entrada en vigor del contrato.

Podrán establecerse períodos de carencia distintos para servicios complementarios o modificarse los expresados en los números indicados siempre que se determine su duración en las Condiciones Particulares.

En aquellas Pólizas en las que se detalle en las Condiciones Particulares que los Asegurados gozarán de derechos inmediatos a los servicios de la Póliza se excluirán de los mismos todos aquellos procesos en curso que tenga el Asegurado.

CLÁUSULA SÉPTIMA.- FORMALIZACIÓN DEL CONTRATO Y DURACIÓN DEL SEGURO

Este contrato ha sido concertado de acuerdo a las declaraciones efectuadas por el Tomador del seguro y por el Asegurado en el Cuestionario de Salud previo, que han sido tenidas en cuenta por el Asegurador para aceptar el riesgo y le han servido para fijar la prima.

El seguro se estipula por el período de tiempo previsto en las Condiciones Particulares y, salvo pacto en contrario, la duración se ajustará al año natural. A su vencimiento, de conformidad con la Ley de Contrato de Seguro, se prorrogará tácitamente y/o automáticamente por períodos anuales. Las partes pueden oponerse a la prórroga del contrato mediante una notificación escrita a la otra parte, efectuada con un plazo de, al menos, un mes de anticipación a la conclusión del período del seguro en curso cuando quien se oponga a la prórroga sea el Tomador, y de dos meses cuando sea el Asegurador.

El Asegurador no podrá oponerse a la prórroga después del tercer vencimiento anual de la Póliza, con la excepción de los supuestos de incumplimiento de obligaciones por parte del Tomador del seguro y/o Asegurado y de existencia de inexactitud, dolo o culpa grave del Asegurado en las respuestas proporcionadas en el cuestionario de salud.

La renuncia del Asegurador al derecho de oposición a la prórroga del contrato queda vinculada a que el Tomador acepte que las primas varíaran según los criterios técnico-actuariales de la **CLÁUSULA DECIMO- SÉPTIMA.- BASE DE CÁLCULO Y ACTUALIZACIÓN DE PRIMAS Y FRANQUICIAS.**

Durante la asistencia o tratamiento en régimen hospitalario del Asegurado y hasta la fecha en que obtuviera el alta médica hospitalaria, el Asegurador no podrá rescindir la Póliza, salvo renuncia del Asegurado a seguir el tratamiento.

El contrato de seguro y sus modificaciones no tendrán efecto mientras no se haya firmado la póliza y abonado el primer recibo de prima, salvo que se establezca pacto en contrario en las Condiciones Particulares.

CLÁUSULA OCTAVA.- PAGO DE PRIMAS

El Tomador del seguro, de acuerdo con la Ley de Contrato de Seguro, está obligado al pago de la primera prima o de la prima única en el momento de la aceptación del contrato, lo cual se realizará por domiciliación bancaria, salvo que en las Condiciones Particulares se establezca otro procedimiento.

Las sucesivas primas se deberán hacer efectivas en los vencimientos correspondientes.

El Tomador del seguro puede solicitar el fraccionamiento del pago de las primas anuales en periodos semestrales, trimestrales o mensuales.

En estos casos se aplicará el recargo que corresponda. El fraccionamiento de la prima no exime al Tomador de su obligación de abonar la prima anual completa.

Para el pago mediante domiciliación bancaria, el Tomador del seguro facilitará los datos del establecimiento y autorizará a la entidad financiera hacer efectivos los pagos. La prima se entenderá satisfecha a su vencimiento salvo que, intentado el cobro dentro del mes siguiente al vencimiento, no existiesen fondos suficientes del obligado a pagarla. En este caso, se notificará el impago al Tomador del seguro.

La primera prima será exigible, conforme a la citada Ley, una vez firmado el contrato; si no hubiera sido pagada por culpa del Tomador del seguro, el Asegurador tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago en vía ejecutiva con base en la Póliza. En todo caso, si la prima no hubiera sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el Asegurador quedará liberado de su obligación, salvo pacto en contrario.

En caso de falta de pago de la segunda y/o sucesivas primas o fracciones de primas, la cobertura del Asegurador quedará suspendida un mes después del día del vencimiento de la prima y/o recibo. Una vez pasado dicho mes, si el tomador no abona la cuantía adeudada, el asegurador podrá resolver el contrato o reclamar el pago. Si no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes a dicho vencimiento, se entenderá que el contrato queda extinguido.

Si el contrato no hubiera sido resuelto o extinguido conforme a las condiciones anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las 24 horas del día en que el Tomador del seguro pague la prima o fracción de prima. Si la prima no hubiera sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el Asegurador quedará liberado de su obligación, salvo pacto en contrario. El Asegurador sólo queda obligado por los recibos librados por la Dirección o por sus representantes legalmente autorizados. En el caso de que se fraccione el pago de la prima anual en periodos inferiores al año, el impago de los recibos correspondientes a las referidas fracciones de prima tendrá los mismos efectos que el impago de la prima tal y como se ha señalado en los dos puntos anteriores, y por tanto, el asegurador podrá resolver el contrato o exigir el pago, quedando el contrato extinguido si no se reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de dicho fraccionamiento. El Asegurador sólo queda obligado por los recibos librados por la Dirección o por sus representantes legalmente autorizados. El pago del importe de la prima efectuado por el Tomador del seguro al Corredor no se entenderá realizado al Asegurador, salvo que, a cambio, el Corredor entregara al Tomador del seguro el Recibo de prima emitido por el Asegurador.

En caso de extinción anticipada del contrato imputable al Tomador del seguro, la parte de prima anual no consumida corresponderá al Tomador.

En cada renovación del contrato de seguro, **AME** podrá modificar la prima anual de acuerdo a los cálculos técnico-actuariales realizados, basados en las modificaciones de los costes asistenciales de los

servicios y/o en las innovaciones tecnológicas médicas que sea necesario incorporar.

Se aplicarán las tarifas que **AME** tenga en vigor en la fecha de renovación.

Además de este supuesto, las primas a abonar también podrán variar en función de la edad y otras circunstancias personales de los Asegurados.

En el seguro de modalidad colectiva, en algunos tramos se podrán establecer grupos de edad. Asimismo las primas podrán sufrir modificaciones por variaciones en la estructura del colectivo Asegurado.

Cuando el Asegurado cumpla, durante el transcurso del seguro, una edad actuarial comprendida en otro grupo, se aplicará la prima correspondiente al nuevo grupo de edad en el siguiente vencimiento anual.

El importe fijado para la prima total, una vez recogidos los recargos correspondientes, atenderá a los principios de suficiencia y equilibrio técnico, conforme a la normativa reguladora de la actividad Aseguradora.

Estos cálculos también se aplicarán en el caso de que el Asegurado haya alcanzado el derecho ya descrito de irrenunciabilidad a la prórroga de la póliza por parte de **AME**.

El Tomador del seguro, recibida la comunicación de **AME** relativa a la variación de la prima para la siguiente anualidad, podrá optar entre prorrogar el contrato o extinguirlo al vencimiento del periodo del seguro en curso. En este último caso, el Tomador debe comunicar por escrito a **AME** su voluntad de finalizar la relación contractual, al término de la misma.

CLÁUSULA NOVENA.- OTRAS OBLIGACIONES Y DEBERES DEL TOMADOR Y/O ASEGURADO

El Tomador del seguro o, en su caso, el Asegurado, tiene las siguientes obligaciones:

- Declarar al Asegurador, de acuerdo con el Cuestionario de Salud que éste le presente, con veracidad, diligencia y sin reserva todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. En este caso el Asegurado pierde el derecho a la prestación garantizada y el Asegurador se reserva el derecho a rescindir el contrato en el plazo de un mes desde el conocimiento del incumplimiento de la obligación del Asegurado/Tomador.
- Comunicar al Asegurador, durante el curso del contrato y tan pronto como le sea posible, todas las circunstancias que, de acuerdo con el cuestionario de estado de salud que completó antes de la perfección del contrato, agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por el Asegurador en el momento de perfección del contrato, no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas para el Asegurado. No se considerará agravación del riesgo la variación de

las circunstancias relativas al estado de salud del Asegurado. En tales circunstancias el Asegurador podrá proponer una modificación de las condiciones del Contrato o rescindir el mismo si se rechaza la propuesta por el Tomador del seguro.

- Comunicar al Asegurador, el cambio de profesión habitual o de domicilio del Asegurado.
- Si el cambio de domicilio o de profesión habitual supone una agravación del riesgo, será de aplicación lo previsto en el apartado segundo de esta misma cláusula; si por el contrario supone una disminución del riesgo, será de aplicación lo dispuesto en el párrafo segundo de la Cláusula siguiente.
- Cualquier baja o alta de asegurados que quiera realizar el Tomador son consideradas modificaciones esenciales del contrato. A tal efecto, el Tomador notificará por escrito su voluntad a la entidad aseguradora para que la misma en el plazo de un mes decida si acepta o no la referida modificación del contrato. En caso de silencio por parte de la entidad aseguradora, se entenderá aceptada la modificación del contrato. En el caso de aceptación, la alta tendrá efecto el día primero del mes siguiente a la fecha de aceptación por la entidad aseguradora y la bajas tendrá efecto el día 31 de diciembre de dicho año, procediéndose en todo caso a la adaptación del importe de la prima a la nueva situación.
- Asimismo, el Tomador del Seguro y/o el Asegurado se obligan a devolver al Asegurador la tarjeta correspondiente al Asegurado que hubiere causado baja en la Póliza.
- Los hijos recién nacidos tendrán derecho de ser incluidos en la Póliza desde el momento de su nacimiento, siempre que el parto haya sido con cargo a la Aseguradora. Para ello, el Tomador del seguro deberá comunicar al Asegurador esa circunstancia con anterioridad a la fecha de nacimiento, mediante la cumplimentación de una solicitud. Las altas notificadas dentro de este plazo tendrán sus efectos a la fecha de nacimiento, no aplicándose período de carencia superior al que faltase por consumir a la madre. Si el alta del recién nacido se comunica con posterioridad al plazo indicado, será necesario cumplimentar el Cuestionario de Salud y el Asegurador podrá denegar su admisión.
- Aminorar las consecuencias del siniestro, empleando todos los medios a su alcance para el pronto restablecimiento. El incumplimiento de este deber, con la manifiesta intención de perjudicar o engañar al Asegurador, liberará al Asegurador de toda prestación derivada del siniestro.
- Facilitar la subrogación que a favor del Asegurador establece la Ley de Contrato de Seguro, en los derechos y acciones que por razón de la asistencia prestada y, hasta el límite del importe de la misma, pueda corresponder al Asegurado frente a las personas responsables de la enfermedad o lesión, o frente a las personas o entidades que legal o reglamentariamente deban satisfacer dichos gastos asistenciales.

- Acreditar ante cualquier facultativo o centro sanitario del Cuadro Médico su condición de Asegurado, mediante la presentación de la Tarjeta Sanitaria. Igualmente será necesario mostrar su Documento Nacional de Identidad o, en su caso documento oficial identificativo (pasaporte, NIE etc.).

El Asegurador quedará liberado del pago de la prestación en el supuesto de que el siniestro haya sido causado por mala fe del Asegurado.

CLÁUSULA DÉCIMA.- FACULTADES DEL TOMADOR Y/O ASEGURADO

El Tomador del seguro podrá reclamar al Asegurador, en el plazo de un mes desde la entrega de la póliza, que se subsanen las divergencias existentes entre ésta y la proposición de seguro si la hubiere o de las cláusulas acordadas, según dispone la Ley de Contrato de seguro. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en la Póliza.

El Tomador del seguro o el Asegurado podrán, durante la vigencia del contrato, poner en conocimiento del Asegurador todas las circunstancias que disminuyan el riesgo y serán de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del contrato, lo habría concluido en condiciones más favorables para el Asegurado.

En tal caso, al finalizar el período en curso cubierto por la Prima, deberá reducirse el importe de la Prima futura en la proporción correspondiente, teniendo derecho el Tomador del seguro, en caso contrario, a la resolución del contrato y a la devolución de la diferencia entre la prima satisfecha y la que le hubiera correspondido pagar, desde la puesta en conocimiento de la disminución del riesgo.

CLÁUSULA UNDÉCIMA.- OTRAS OBLIGACIONES DEL ASEGURADOR

Además de prestar la asistencia asegurada, el Asegurador deberá entregar al Tomador del seguro la Póliza o, en su caso, el documento de cobertura provisional o el que proceda, así como un ejemplar del Cuestionario de Salud y demás documentos que haya suscrito el Tomador del seguro. El Asegurador también entregará a cada Asegurado la Tarjeta Sanitaria, que es de uso personal e intransferible. En caso de pérdida, sustracción o deterioro, el Tomador y/o el Asegurado tienen la obligación de comunicarlo al Asegurador en el plazo de 72 horas.

En tales casos, el Asegurador procederá a emitir y enviar una nueva tarjeta al domicilio del Asegurado que figura en la póliza, anulando la extraviada, sustraída o deteriorada.

El Asegurador no se responsabiliza de la utilización indebida o fraudulenta de la tarjeta sanitaria. Igualmente el Asegurador entregará o facilitará al Tomador del seguro información del Cuadro Médico con especificación del Centro de Urgencia Permanente, con las direcciones y horarios de consulta de los

profesionales, centros y servicios sanitarios concertados.

CLÁUSULA DECIMOSEGUNDA.- FACULTADES DEL ASEGURADOR

Cuando el Asegurador tenga conocimiento de la reserva o inexactitud de los datos que haya facilitado el Tomador del seguro o el Asegurado en la Declaración o Cuestionario de Salud con anterioridad a la suscripción de la Póliza, podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al Tomador del seguro o en su caso al Asegurado en el plazo de un mes desde que tiene el citado conocimiento.

Si el siniestro sobreviene antes de que el Asegurador haga la declaración a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de éste se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo, salvo que el Tomador del seguro y el Asegurado hubiesen actuado con dolo o culpa grave a la hora de declarar el riesgo, en cuyo caso, pierden el derecho a la prestación garantizada.

En el caso de agravación del riesgo sobre un contrato ya celebrado:

- a. El Asegurador puede, en el plazo de dos meses a contar el día en que la agravación del riesgo le ha sido declarada por el Tomador del seguro y/o Asegurado, proponer una modificación del contrato. En tal caso el Tomador del seguro dispone de quince días a contar desde la recepción de esta proposición para aceptarla o rechazarla. En caso de rechazo o de silencio por parte del Tomador del seguro, el Asegurador puede, transcurrido dicho plazo, rescindir el contrato previa advertencia al Tomador del seguro, otorgándole para que conteste un nuevo plazo de quince días, transcurridos los cuales y dentro de los ocho días siguientes comunicará al Tomador del seguro la rescisión definitiva.
- b. El Asegurador igualmente podrá rescindir el contrato comunicándolo por escrito al Tomador del seguro o en su caso al Asegurado en el plazo de un mes contado a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo. En el caso de que el Tomador del seguro o el Asegurado no hayan efectuado su declaración de agravación del riesgo, y sobreviniera un siniestro, el Asegurador queda liberado de su prestación si el Tomador del seguro y/o el Asegurado han actuado con mala fe. En otro caso, la prestación del Asegurador se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

CLÁUSULA DECIMOTERCERA.- NULIDAD DEL CONTRATO

El contrato del seguro será nulo, salvo en los casos previstos por la ley de Contrato de Seguro, si en el momento de su formalización ya hubiere ocurrido un

siniestro del que el Asegurado/Tomador solicita su cobertura.

CLÁUSULA DECIMOCUARTA.- INDISPUTABILIDAD DEL CONTRATO

La Póliza será indisputable transcurrido un año desde la formalización del contrato, salvo que el Tomador y/o Asegurado hayan actuado con dolo o tuviera conocimiento de afección anterior a la firma del contrato no reseñada en la solicitud o cuestionario de salud.

CLÁUSULA DECIMOQUINTA.- COMUNICACIONES

Las comunicaciones al Asegurador, por parte del Tomador del seguro, del Asegurado o del Beneficiario, se realizarán en el domicilio social de aquel señalado en la Póliza. Si las comunicaciones se realizan al Agente que medie en el contrato, éstas surtirán los mismos efectos que si se hubieran realizado directamente a éste.

Las comunicaciones del Asegurador al Tomador del seguro, al Asegurado o Beneficiario, se realizarán en el domicilio de los mismos recogido en la Póliza, salvo que hubiesen notificado el cambio de su domicilio al Asegurador.

Las comunicaciones efectuadas por un Corredor de seguros al Asegurador en nombre del Tomador del seguro, surtirán los mismos efectos que si las realiza el propio Tomador del seguro, salvo indicación en contrario de éste.

CLÁUSULA DECIMOSEXTA.- LEGISLACIÓN, PRESCRIPCIÓN Y MEDIOS DE RECLAMACIÓN

A este contrato le será de aplicación la Ley Española.

Las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán a los cinco años desde el día en que pudieron ejercitarse. Conforme a la Ley 44/2002 y en la Orden que la desarrolla 734/2004, esta compañía dispone del "Departamento de Atención al Asegurado", donde el Tomador del Seguro o en su defecto una persona legitimada, podrá presentar sus quejas y reclamaciones relacionados con sus intereses y derechos legalmente reconocidos, con domicilio social en Barcelona, calle Valencia nº 106-108, bajos.

Los medios de reclamación son:

- a. Departamento de Atención al Asegurado: Dicho departamento está ubicado en las oficinas de la Entidad Aseguradora, y tiene a disposición de los Asegurados, el modelo de presentación de quejas y reclamaciones adaptado a los requisitos legales y el reglamento de funcionamiento del Departamento de Atención al Asegurado.

- b. Comisionado para la Defensa del Cliente en la Dirección General de Seguros y Fondo de Pensiones: conforme al procedimiento que establece el Reglamento de Ordenación de los Seguros Privados y la Orden ECO/734/2004, el reclamante podrá trasladar su queja o reclamación ante el Comisionado para la defensa del Asegurado de la Dirección General de Seguros para lo cual deberá acreditar que ha transcurrido el plazo de dos meses desde la presentación de la reclamación ante el Departamento de Atención al Asegurado, sin que ésta haya sido resuelta o que haya sido denegada la admisión o desestimada, total o parcialmente su petición. No podrá utilizarse esta vía si se ha acudido a la vía administrativa, judicial o arbitral.
- c. Tribunal Arbitral de Barcelona: Para la decisión de todas las cuestiones litigiosas derivadas del presente Contrato las partes podrán someterse al arbitraje institucional del **Tribunal Arbitral de Barcelona**, encomendando al mismo la designación de árbitros y administración del arbitraje, y obligarse a cumplir la decisión arbitral.
- d. Jurisdicción Ordinaria: El Asegurado igualmente puede acudir a los Tribunales de Justicia sometiendo a los mismos la reclamación producida, siendo el juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del mismo el del domicilio del Asegurado, sin que pueda establecerse pacto alguno en contrario.

CLÁUSULA DECIMOSÉPTIMA.- BASE DE CÁLCULO Y ACTUALIZACIÓN DE PRIMAS Y FRANQUICIAS

La Entidad podrá modificar anualmente las primas y las franquicias teniendo en consideración lo dispuesto en el Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, en función de los cálculos técnico-actuariales realizados y en base a las modificaciones de los costes asistenciales, de los servicios, de los capitales garantizados y en las innovaciones tecnológicas de incorporación necesaria. De no aceptarse la modificación anual de la prima, la póliza quedará extinguida en la fecha de efecto de la nueva prima.

La prima se establecerá de acuerdo con el domicilio que figura en la póliza y la edad alcanzada por cada uno de los Asegurados de la Póliza en cada momento y de acuerdo con las tarifas que el Asegurador tenga en vigor para ese ejercicio. Asimismo, la entidad actualizará las cuotas del mes de enero de cada año según la edad que ese año alcancen los Asegurados, de acuerdo con los tramos de edad y con lo que determinen las condiciones. El asegurador deberá comunicar al tomador; al menos con dos meses de antelación a la conclusión del período en curso, cualquier modificación del contrato de seguro.

CLÁUSULA DECIMOCTAVA.- ACTUALIZACIÓN ANUAL DE GARANTÍAS Y DE PRESTACIONES

La Entidad podrá modificar o reducir anualmente las garantías y prestaciones teniendo en consideración lo dispuesto en el Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, en función de los cálculos técnico-actuariales realizados y en base a las modificaciones de los costes asistenciales, de los servicios, de los capitales garantizados y de las innovaciones tecnológicas de incorporación necesaria.

Cada vez que se modifiquen las garantías del presente contrato por la inclusión o exclusión de prestaciones, se emitirá a tal efecto un suplemento en el cual se hará constar dichas modificaciones, con una antelación de dos meses a la fecha de su efectividad, suponiendo el pago de la nueva prima la aceptación de las mismas. El Asegurador deberá comunicar al tomador; al menos con dos meses de antelación a la conclusión del período en curso, cualquier modificación del contrato de seguro.

CLÁUSULA DECIMONOVENA.- TRATAMIENTO, CESIÓN Y PROTECCIÓN DE LOS DATOS PERSONALES

AME ASISTENCIA MÉDICA COMPANÍA DE SEGUROS, es el Responsable del tratamiento de los datos personales del Interesado y le informa que estos datos serán tratados de conformidad con lo dispuesto en las normativas vigentes en protección de datos personales, el Reglamento (UE) 2016/679 de 27 de abril de 2016 (GDPR) y la Ley Orgánica 3/2018 de 5 diciembre de 2018 (LOPDGDD), por lo que se le facilita la siguiente información del tratamiento:

Fin del tratamiento: La finalidad del tratamiento es la de llevar a cabo la gestión propia de la actividad Aseguradora por usted contratada. Sus datos, inclusive los de salud, serán utilizados exclusivamente con esta finalidad.

Legitimación del tratamiento: La base legal para el tratamiento de sus datos es la ejecución del contrato para prestarle el servicio solicitado.

Criterios de conservación de los datos: se conservarán mientras exista un interés mutuo para mantener el fin del tratamiento y cuando ya no sea necesario para tal fin, se suprimirán con medidas de seguridad adecuadas para garantizar la seudonimización de los datos o la destrucción total de los mismos

Comunicación de los datos: Sus datos (incluidos datos de salud) podrán ser tratados por otras entidades Aseguradoras, reaseguradora o centros médicos y profesionales de la medicina que, por razones de reaseguro, coaseguro o por la operativa en la gestión de siniestros, intervengan en la gestión de la póliza y de sus siniestros. **AME ASISTENCIA MÉDICA COMPANÍA DE SEGUROS** podrá solicitar de profesionales

sanitarios y centros médicos (públicos y privados), información referente a la salud de los Asegurados y de su proceso asistencial, con la finalidad de la correcta valoración del riesgo de la solicitud, verificación de las coberturas de la póliza, justificación de los siniestros, estudio de autorizaciones para los servicios que así lo requieran, etc. A excepción de lo anterior, no se comunicarán los datos a terceros, salvo obligación legal o consentimiento expreso del interesado.

Transferencias internacionales de datos: AME ASISTENCIA MÉDICA COMPANÍA DE SEGUROS no realiza transferencias internacionales.

Medidas de seguridad: De acuerdo a lo dispuesto a la normativa vigente en protección de datos personales, **AME ASISTENCIA MÉDICA COMPANÍA DE SEGUROS** cumple con todas las disposiciones de la normativa vigente en el tratamiento de los datos personales de su responsabilidad, por las cuales son tratadas de manera lícita, leal y transparente en relación con el interesado, y adecuadas, pertinentes, limitadas y necesarias en relación a las finalidades para las cuales son tratadas.

AME ASISTENCIA MÉDICA COMPANÍA DE SEGUROS garantiza que ha implementado políticas técnicas y organizativas apropiadas para aplicar las medidas de seguridad que establecen la normativa vigente, con el fin de proteger los derechos y libertades de los interesados y les ha comunicado la información adecuada para que puedan ejercerlos.

Derechos que asisten al Interesado:

- Derecho a retirar el consentimiento en cualquier momento.
- Derecho de acceso, rectificación, portabilidad y supresión de sus datos y a la limitación u oposición a su tratamiento.
- Derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (agpd.es) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente.

Datos de contacto para ejercer sus derechos: AME ASISTENCIA MÉDICA COMPANÍA DE SEGUROS S.A.

C/ València, 106 Baixos - 08015 Barcelona
ame@ameasistencia.com

Para realizar el tratamiento de datos descrito, el Responsable del tratamiento necesita su consentimiento expreso o el de su representante legal

AME informa al Tomador / Asegurado:

- Que se grabarán las llamadas telefónicas que se realizan a los números de teléfono de contacto de AME, con la finalidad de control de calidad de las llamadas y gestión de reclamaciones. Que los datos registrados serán tratados de conformidad con lo dispuesto en las normativas vigentes en protección de datos personales. La legitimación es el interés legítimo del Responsable. Serán conservados mientras exista un interés mutuo para mantener el fin del tratamiento y cuando ya no sea necesario para tal fin, se suprimirán con medidas de seguridad adecuadas para garantizar la seudonimización de los datos o la destrucción total de los mismos. No se comunicarán los datos a terceros,

salvo obligación legal. Para el ejercicio de sus derechos, dispone de la información en el apartado Derechos que asisten al Interesado.

CLÁUSULA VIGÉSIMA.- ÁMBITO DEL SEGURO

Las garantías del presente seguro se extienden, según lo establecido en las presentes Condiciones Generales, a todo el territorio nacional, salvo lo establecido para la prestación de Asistencia Sanitaria en el Extranjero.

CLÁUSULA VIGÉSIMOPRIMERA.- EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Los profesionales, centros y servicios sanitarios debidamente autorizados que la Entidad pone a disposición del Asegurado/Tomador y de quienes éste solicita la asistencia, gozan de plena autonomía, independencia y responsabilidad en la prestación de la asistencia sanitaria.

En consecuencia, **AME**, en ningún caso, responderá de los actos y/u omisiones de los profesionales, centros y servicios sanitarios antes mencionados, siendo la relación entre éstos y los Asegurados totalmente ajena a **AME**.

CLÁUSULA ADICIONAL PRIMERA.- CONDICIONES DE LAS GARANTÍAS DE ASISTENCIA EN VIAJE

Las garantías del presente seguro se extienden, según lo establecido en las presentes Condiciones Generales, a todo el territorio nacional, salvo lo establecido para la prestación de Asistencia Sanitaria en el Extranjero.

1.- DISPOSICIONES PREVIAS

A efectos de este contrato se entiende por:

Personas aseguradas: La persona física residente en España, beneficiaria del Seguro de Asistencia Sanitaria de **AME**.

Ámbito del seguro y duración: El seguro tiene validez en el mundo entero y en España a partir del límite provincial de la residencia habitual del Asegurado. Su duración va ligada a la del Seguro de Asistencia Sanitaria.

Validez: Para poder beneficiarse de las prestaciones garantizadas el Asegurado debe tener su domicilio en España, residir habitualmente en él y su tiempo de permanencia, fuera de dicha residencia habitual, no exceder de los 60 días por viaje al extranjero.

Familiar: Cónyuge, ascendiente o descendiente en primer grado, hermano o hermana del Asegurado.

Condición preexistente: Cualquier condición médica o mental existente antes del viaje y/o que cause dolor o alteración física o que restrinja severamente la movilidad, incluyendo:

- a. Una condición que requiera cirugía, tratamiento hospitalario o investigación en un hospital o clínica.
- b. Una condición para la cual haya requerido prescripción de medicamentos o chequeos regulares en los 2 años previos a la emisión de la póliza.
- c. Una condición referida a un médico en el año anterior al viaje.
- d. Cualquier tipo de condición mental, incluyendo miedo a volar u otras fobias de viaje.
- e. Una condición sin diagnosticar.
- f. Una condición con pronóstico terminal.

2.- GARANTÍAS CUBIERTAS

Estas garantías son válidas en España, a partir del límite provincial del domicilio habitual del Asegurado, excepto las garantías 2.4, 2º párrafo, 2.5, 2.6 (gastos médicos y estancia en un hotel); y para todas ellas, en el resto de los países del mundo.

2.1.- TRANSPORTE O REPATRIACIÓN SANITARIA DE HERIDOS Y ENFERMOS.

En caso de sufrir el Asegurado una enfermedad o un accidente, el Asegurador se hará cargo:

- a. De los gastos de transporte en una ambulancia hasta la clínica u hospital más próximo.
- b. Del control por parte de su Equipo Médico, en contacto con el médico que atiende al Asegurado herido o enfermo, para determinar las medidas convenientes al mejor tratamiento a seguir y el medio más idóneo para su eventual traslado hasta otro centro hospitalario más adecuado o hasta su domicilio.
- c. De los gastos de traslado por el medio de transporte más adecuado, del herido o enfermo, hasta el centro hospitalario prescrito o a su domicilio habitual. Si el Asegurado fuera ingresado en un centro hospitalario no cercano a su domicilio, el Asegurador se hará cargo, en su momento, del subsiguiente traslado hasta el mismo. El medio de transporte utilizado en Europa y países ribereños del Mediterráneo, cuando la urgencia y la gravedad del caso lo requieran, será el avión sanitario especial. En otro caso, o en el resto del mundo, se efectuará por avión de línea regular o por los medios más rápidos y adecuados, según las circunstancias.

2.2.- TRANSPORTE O REPATRIACIÓN DE LOS ASEGURADOS.

Cuando a uno de los Asegurados se le haya repatriado por enfermedad o accidente en aplicación de la garantía 1. anterior y esta circunstancia impida al resto de los familiares también Asegurados el regreso hasta su domicilio por los medios inicialmente

previstos, el Asegurador se hará cargo de los gastos correspondientes a:

- a. **El transporte de los restantes Asegurados hasta el lugar de su residencia habitual o hasta el lugar donde esté hospitalizado el Asegurado trasladado o repatriado.**
- b. **La puesta a disposición de una persona para que viaje y acompañe a los restantes Asegurados de los que se trata en el punto anterior, cuando éstos fueran hijos menores de 15 años del Asegurado trasladado o repatriado y no contaran con un familiar o persona de confianza para acompañarles en el viaje de regreso.**

2.3.- REGRESO ANTICIPADO DEL ASEGURADO A CAUSA DEL FALLECIMIENTO DE UN FAMILIAR.

Si en el transcurso de un viaje falleciera en España un familiar y en el caso de que el medio utilizado para su viaje o el billete contratado de regreso no le permitiera anticipar el mismo, el Asegurador se hará cargo de los gastos de su transporte hasta el lugar de inhumación del familiar en España y, en su caso, de los de un billete de regreso al lugar donde se encontraba al producirse el evento, si por motivos profesionales o personales precisara proseguir su viaje.

2.4.- BILLETE DE IDA Y VUELTA PARA UN FAMILIAR Y GASTOS DE HOTEL.

Cuando el Asegurado se encuentre hospitalizado fuera de la provincia de su residencia habitual y su internación se prevea de duración superior a los 5 días, el Asegurador pondrá a disposición de un familiar del mismo un billete de ida y vuelta a fin de acudir a su lado.

Si dicha hospitalización es en el extranjero, el Asegurador se hará cargo de los gastos de estancia del familiar en un hotel, contra los justificantes oportunos, hasta 90 Euros por noche y con un máximo de 485 Euros.

2.5.- GASTOS MÉDICOS, QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y DE HOSPITALIZACIÓN EN EL EXTRANJERO.

Si a consecuencia de una enfermedad o de un accidente el Asegurado necesita asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica u hospitalaria, el Asegurador se hará cargo de:

- Los gastos y honorarios médicos y quirúrgicos.
- Los gastos farmacéuticos prescritos por un médico.
- Los gastos de hospitalización.

La cantidad máxima cubierta por Asegurado, por el conjunto de los citados gastos que se produzcan en el extranjero, es de 12.000 Euros.

2.6.- GASTOS DE PROLONGACIÓN DE ESTANCIA EN UN HOTEL EN EL EXTRANJERO.

Cuando sea de aplicación la garantía anterior de pago de gastos médicos, el Asegurador se hará cargo de los gastos de prolongación de estancia del Asegurado en un

hotel, después de la hospitalización y bajo

prescripción médica, hasta un importe de 90 Euros por día y con un máximo de 485 Euros.

2.7.- GASTOS PARA TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS DE URGENCIA EN EL EXTRANJERO.

Si a consecuencia de la aparición de problemas odontológicos agudos como infecciones, dolores o traumas que requieran un tratamiento de urgencia, el Asegurador se hará cargo de los gastos inherentes al citado tratamiento hasta un máximo de 250 Euros.

2.8.- ENVÍO DE MEDICAMENTOS EN EL EXTRANJERO.

Si el Asegurado desplazado en el extranjero hubiera hecho uso de la garantía 2.5 (gastos médicos), el Asegurador se encargará del envío de los medicamentos necesarios para la curación del Asegurado, prescritos por un facultativo, y que no pueden encontrarse en el lugar donde éste se encuentre.

2.9.- TRANSPORTE O REPATRIACIÓN DE FALLECIDOS EN EL EXTRANJERO Y DE LOS ASEGURADOS ACOMPAÑANTES.

El Asegurador se hará cargo de todas las formalidades a efectuar en el lugar del fallecimiento del Asegurado en el extranjero, así como de su transporte o repatriación hasta el lugar de su inhumación en España.

En el caso de que los familiares Asegurados que le acompañaran en el momento de la defunción no pudieran regresar por los medios inicialmente previstos o por no permitírsele su billete de regreso contratado, el Asegurador se hará cargo del transporte de los mismos hasta el lugar de la inhumación o de su domicilio en España.

Si los familiares fueran los hijos menores de 15 años del Asegurado fallecido y no contaran con un familiar o persona de confianza, para acompañarles en el viaje, el Asegurador pondrá a su disposición una persona para que viaje con ellos hasta el lugar de la inhumación o de su domicilio en España.

2.10.- BÚSQUEDA Y TRANSPORTE DE EQUIPAJES Y EFECTOS PERSONALES EN EL EXTRANJERO.

En caso de robo, pérdida o extravío de equipajes y efectos personales en el extranjero, el Asegurador prestará asesoramiento al Asegurado para la denuncia de los hechos. También y si los mismos fueran recuperados, el Asegurador se encargará de su expedición hasta el lugar donde se encuentre el Asegurado de viaje o hasta su domicilio.

2.11.- GESTIÓN DE DUELO. SERVICIO TELEFÓNICO DE GESTIÓN DE DUELO EN CASO DE FALLECIMIENTO DE UN FAMILIAR.

Un equipo de Psicólogos estará a disposición de la persona designada por los miembros de la unidad familiar para prestarle este servicio en sesiones programadas de 30 minutos de duración cada una de ellas. La persona beneficiaria del servicio, podrá disponer de un total de 3 sesiones por siniestro.

3.- DELIMITACIONES DEL CONTRATO. EXCLUSIONES.

- **Las garantías y prestaciones que no hayan sido solicitadas al Asegurador y que no hayan sido efectuadas por o con su acuerdo, salvo en casos de fuerza mayor o de imposibilidad material demostradas.**
- **Los gastos médicos, quirúrgicos y de hospitalización efectuados en España.**
- **Las condiciones pre-existentes, así como sus complicaciones y recaídas.**
- **Los siniestros ocurridos en caso de guerra, manifestaciones y movimientos populares, actos de terrorismo y sabotaje, huelgas, detenciones por parte de cualquier autoridad por delito no derivado de accidente de circulación, restricciones a la libre circulación o cualquier otro caso de fuerza mayor, a menos que el Asegurado pruebe que el siniestro no tiene relación con tales acontecimientos.**
- **La muerte por suicidio o las enfermedades y lesiones resultantes del intento o causadas intencionadamente por el titular, a sí mismo, así como las derivadas de acciones criminales del titular directo o indirectamente.**
- **El tratamiento de enfermedades o estados patológicos provocados por intencional ingestión o administración de tóxicos (drogas), narcóticos, o por la utilización de medicamentos sin prescripción médica.**
- **Los gastos de prótesis, gafas y lentillas, los partos y embarazos excepto complicaciones imprevisibles durante sus primeros seis meses, y cualquier tipo de enfermedad mental.**
- **Las lesiones sobrevenidas en el ejercicio de una profesión de carácter manual.**
- **Los eventos ocasionados en la práctica de deportes en competición, en los deportes o actividades de alto riesgo (rafting, parapente, alpinismo, etc.), así como el rescate de personas en mar, montaña o desierto.**
- **Cualquier tipo de gasto médico o farmacéutico inferior a 10 Euros.**
- **En el traslado o la repatriación de fallecidos: los gastos de inhumación y ceremonia.**

4.- DISPOSICIONES ADICIONALES

Las Condiciones Generales de la póliza de Asistencia Sanitaria son de aplicación, en tanto no se opongan a lo que las presentes disponen.

En las comunicaciones telefónicas solicitando la asistencia de las garantías señaladas, deben indicar: nombre del Asegurado, número de póliza de Asistencia Sanitaria, el lugar donde se encuentra, número de teléfono y tipo de asistencia que precisa. No se responde de los retrasos o incumplimientos debidos a causas de fuerza mayor o a las especiales características administrativas o políticas de un país determinado. En todo caso, si no fuera posible una intervención directa, el Asegurado será reembolsado a su regreso a España, o en caso de necesidad, en cuanto se encuentre en un país donde no concurra la anterior circunstancia, de los gastos en que hubiera incurrido y que se hallen garantizados, mediante la presentación de los correspondientes justificantes.

Las prestaciones de carácter médico y de transporte sanitario deben efectuarse previo acuerdo del médico del centro hospitalario que atiende al Asegurado con el Equipo Médico del Asegurador.

Si el Asegurado tuviera derecho a reembolso por la parte del billete no consumida, al hacer uso de la garantía de transporte o repatriación, dicho reembolso revertirá al Asegurador.

Las indemnizaciones fijadas en las garantías serán en todo caso complemento de los contratos que pudiera tener cubriendo los mismos riesgos, de las prestaciones de la seguridad social o de cualquier otro régimen de previsión colectiva.

El Asegurador queda subrogado en los derechos y acciones que puedan corresponder al Asegurado por hechos que hayan motivado la intervención de aquél y hasta el total del importe de los servicios prestados o abonados.

Para la prestación, por el Asegurador, de los servicios inherentes a las garantías cubiertas, es indispensable que el Asegurado solicite su intervención, desde el momento del suceso, al siguiente teléfono:

Desde España: 93 448 46 79

Desde el resto del mundo: (34) 93 488 46 77

***Servicio permanente las 24 horas**



Tel. 93 226 59 66

C/ Valencia, 106-108 Bajos

08015 Barcelona

ame@ameasistencia.com

www.ameasistencia.com