

FEBRERO 2015

Seguros de Reembolso de Gastos Médicos y de Asistencia Sanitaria

## Medisalud y Salud Familiar

Oferta exclusiva para empleados y federados de la F.E.P.



[mapfre.es](http://mapfre.es)



# MAPFRE CUBRE TUS NECESIDADES Y TE OFRECE LAS MEJORES VENTAJAS DE LA SANIDAD PRIVADA

## MEDISALUD

El Seguro de Reembolso de Gastos Médicos de MAPFRE que te permite la libre elección de médico y hospital en cualquier lugar del mundo. Garantiza el reembolso del 90% de los gastos hospitalarios y el 80% de los extrahospitalarios, abonados por el Asegurado a consecuencia de una enfermedad o accidente necesarios para tu restablecimiento, con un límite máximo por Asegurado y año de 131.280,50€ (\*). Si acudes a los servicios recomendados, la cobertura es del 100%. Además, no tendrás que anticipar el gasto médico.

**Gran Cobertura**, por la que se amplía el límite de reembolso por asegurado hasta 640.734,35€, que podrá consumirse en uno o varios años e, igualmente, por una o diferentes causas durante la vigencia de la garantía. Además, te permite el acceso a nuestros servicios concertados en EE.UU. para la hospitalización, previa autorización de la compañía.

(\*) límites fijados en Condiciones Particulares

## SALUD FAMILIAR

Es el Seguro de Asistencia Sanitaria de MAPFRE que te garantiza asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria a través de nuestros servicios concertados, más de 28.000 profesionales y 240 centros sanitarios, que puedes consultar en [www.mapfre.com](http://www.mapfre.com). Ponemos a tu disposición los medios de diagnóstico y procedimientos terapéuticos más avanzados.

### Comprueba tú mismo las garantías a las que podrás acceder:

- Asistencia primaria.
- Asistencia especializada.
- Asistencia hospitalaria.
- Segundo diagnóstico y acceso a la red hospitalaria de EE.UU.
- Once programas de medicina preventiva y rehabilitadora.
- Reproducción asistida.
- Podología.
- Trasplante de órganos.
- Prótesis e implantes.
- Tratamiento de la psicoterapia.
- Conservación de las células madre de la sangre del cordón umbilical (SCU).
- Adopción nacional e internacional.
- Osteopatía.
- Estudio biomecánico de la marcha.

### Además te ofrecemos:

- Garantía bucodental. Asistencia odontológica completa gratuita, salvo ortodoncia, para menores de 15 años.
- Franquicias reducidas y servicios básicos gratuitos (consultas, Rx, limpieza de boca y extracciones simples) para mayores de 15 años.
- Seguro de accidentes\* (Salud Familiar).
- Asistencia urgente en el extranjero y traslados en el territorio nacional.
- Orientación médica telefónica 24h.
- Orientación Pediátrica.
- Orientación Psicológica.
- Canal salud.
- Pack de ayuda personalizada a domicilio.

### Ventajas adicionales:

Por ser asegurado, descuentos y precios especiales en:

- Medicina complementarias: homeopatía, acupuntura y medicina natural.
- Cirugía de la presbicia (vista cansada).
- Cirugía refractiva de la miopía, astigmatismo e hipermetropía.
- Balón intragástrico.
- Medicina estética y tratamientos termales.
- Estudio del perfil genético de la obesidad.
- Servicios específicos para mayores.
- Test de cribado del cáncer de colon en sangre.
- Cribado neonatal ampliado.

\* Según condiciones generales.

# OFERTA EXCLUSIVA PARA EMPLEADOS Y FEDERADOS DE LA F.E.P.

## IMPORTE MENSUAL POR ASEGURADO

### SALUD FAMILIAR - N° Colectivo 4389557

(Incluida garantía bucodental y sin copago)

de 0 a 24 años	40,00 €/mes
de 25 a 44 años	49,85 €/mes
de 45 a 54 años	51,78 €/mes
de 55 a 65 años	59,00 €/mes

### MEDISALUD - N° Colectivo 3271103

(Incluidas garantía bucodental y Gran Cobertura)

de 0 a 24 años	53,00 €/mes
de 25 a 44 años	66,04 €/mes
de 45 a 54 años	68,56 €/mes
de 55 a 65 años	74,00 €/mes

- Estos importes soportarán los impuestos legalmente establecidos. (0,15% en concepto de Relea sobre el importe anual). Válida hasta 31/12/2015.
- Prima independiente del sexo.
- Posibilidad de fraccionar el pago sin recargos.
- Sin gastos de documentación.
- Sin copagos.
- Edad límite de incorporación, 65 años.
- Imprescindible acreditación de pertenencia al colectivo con una antigüedad mínima de 1 año y último recibo de cuota al corriente de pago domiciliado.

### Instrucciones de cumplimentación y envío:

Si deseas solicitar la contratación del seguro, cumplimenta los datos de la Solicitud de Contratación adjunta conforme a las siguientes instrucciones:

- 1 Detalla los datos del tomador del seguro. Indícanos la fecha de efecto solicitada, como fecha de entrada en vigor del seguro.
- 2 Rellena los datos de los asegurados a incluir en la póliza, indicando el tipo de documento de identificación personal (NIF, PASAPORTE o NIE) y el número del mismo.
- 3 Indica el domicilio de asistencia, que deberá ser el mismo para toda la unidad familiar.
- 4 Cumplimenta los datos de la entidad bancaria y el código de cuenta (20 dígitos) para la domiciliación del cobro de los recibos. Elige la forma de pago.
- 5 Responde SI/NO a todas las preguntas incluidas en el cuestionario. Para la debida tramitación de esta solicitud, es imprescindible que se conteste a la totalidad de las preguntas.

### Imprescindible firmar la solicitud y extracto

Para contratar la póliza o ampliar información puedes contactar con cualquier oficina de MAPFRE o en el teléfono 902 02 03 02.

### BOLETÍN DE ADHESIÓN - Seguro Colectivo

<b>DATOS DEL SOLICITANTE</b>		<b>Nº de Póliza / Familia</b>		<b>F. Efecto</b>	
<b>Nombre</b>			<b>N.I.F. ___ / PTE. ___</b>		
<b>Fecha de Nacimiento</b>		<b>Sexo</b>		<b>Estado Civil</b>	
<b>Domicilio</b>					
<b>Localidad</b>			<b>C.P.</b>		
<b>Provincia</b>		<b>Teléfono</b>		<b>Nº Empleado</b>	<b>e-mail</b>
<b>Domiciliación de Recibos</b>					
<b>Forma de Pago:</b> <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Bimestral <input type="checkbox"/> Mensual					

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

**CONTESTAR "SI" O "NO"**

CUESTIONARIO DE SALUD	Titular	Aseg. 2	Aseg. 3	Aseg. 4
Peso (kg.) y Estatura (cm.)	/	/	/	/
1. ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad, síntoma, lesión o limitación física? ¿Ha padecido alguna dolencia que le haya mantenido incapacitado?				
2. ¿Ha sido o va a ser intervenido quirúrgicamente / tratado en un centro sanitario?				
3. ¿Se encuentra en tratamiento, control médico o toma alguna medicación?				
4. ¿Se ha realizado algún estudio y/o sometido a algún tratamiento para la esterilidad?				
5. ¿Tiene alguna póliza similar a las coberturas solicitadas? (En caso afirmativo aportar condiciones particulares y último recibo abonado)				

En caso afirmativo, ampliar información (evolución, fechas, situación actual, tratamiento médico, etc.)

---



---



---

Esta solicitud no obliga a la Entidad a formalizar el contrato de Seguro ni da derecho a utilizar sus prestaciones hasta el momento en que MAPFRE FAMILIAR acepte la solicitud emitiendo la póliza correspondiente y siempre que, salvo pacto expreso en contrario, se haga efectiva la primera prima del seguro.  
 El abajo firmante reconoce como suyas las declaraciones efectuadas anteriormente sobre su estado de salud y el de su familia, aunque no sean de su puño y letra, y sabe que las ocultaciones e inexactitudes en las respuestas podrán originar la reducción o incluso la pérdida total de las prestaciones garantizadas.  
 En caso de que el asegurado carezca de número de Identificación de Extranjeros, se compromete a aportarlo a Mapfre Familiar una vez lo tenga en su poder.

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

**Firma del Asegurado Titular**

**GARANTÍAS:**  Asistencia Sanitaria  Garantía Bucodental  
 Reembolso de Gastos Completos  Garantía Bucodental  Reembolso de Gastos Hospitalarios  Gran Cobertura

<b>Notas</b>		<b>Control de Contratación</b>
<b>Sobreprimas:</b>	<b>Profesión</b> <b>Enfermedad</b>	
<b>Subcentral</b>	<b>Oficina</b>	<b>Clave de Intervención</b>

## EXTRACTO DE LAS CLÁUSULAS GENERALES, LIMITATIVAS Y DE EXCLUSIÓN DE LOS DERECHOS DE LOS ASEGURADOS DEL SEGURO SALUD FAMILIAR Y MEDISALUD

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

### SALUD FAMILIAR

#### LIMITACIONES GENERALES A TODAS GARANTÍAS

El Asegurador no se hace cargo de los honorarios que correspondan a facultativos o centros hospitalarios ajenos a su cuadro médico no incluidos en la Guía Médica Asistencial vigente. No tendrá derecho a prestaciones sanitarias posteriores aunque tengan su origen en enfermedades o accidentes anteriores a la fecha de extinción de la póliza.

#### OBJETO DEL SEGURO (Art.2º)

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

#### LIMITACIONES Y EXCLUSIONES POR GARANTÍAS (Art. 3º)

ASISTENCIA PRIMARIA. El servicio de hospitalización a domicilio precisará la autorización previa y comprenderá la atención por médico general. Por el personal de enfermería solo se aplicarán inyectables, sueroterapia, sondajes y curas. El servicio de ambulancia requerirá orden facultativa por escrito. Servicios no cubiertos: productos farmacéuticos, vacunas, jeringuillas, empapadores, aparatos ortopédicos, monitorizaciones, aparatos de rehabilitación pasiva y en general cualquier producto o asistencia utilizado con fines sociales.

ASISTENCIA ESPECIALIZADA En los tratamientos de neurorrehabilitación y otros específicos para el Daño Cerebral Adquirido en régimen ambulatorio se limita la cobertura a una sola vez por asegurado durante la vigencia de la póliza y hasta un máximo de 90 días. Servicios no cubiertos: La educación para el lenguaje, salvo en patología orgánica de los órganos de la fonación; la educación, terapia y rehabilitación especial en enfermos con afectación psicomotora en procesos congénitos o adquiridos, la terapia de mantenimiento y ocupacional así como los tratamientos de rehabilitación en régimen ambulatorio para el Daño Medular. Los test psicológicos, psicoanálisis, hipnosis, así como la rehabilitación psicopsicológica o neuropsicológica, sofrología y narcolepsia ambulatoria. Los tratamientos experimentales y las medicinas alternativas, como organometría, acupuntura, homeopatía y similares, los tratamientos estéticos y los tratamientos para adelgazar. La órtesis y prótesis ópticas, auditivas, (salvo implantes cocleares y audífonos incluidos en el Programa de Detección precoz y Tratamiento de la Sordera en niños), miembros u órganos artificiales (extremidades ortopédicas, prótesis del ojo, de pene, testículo y de mama), D.I.U. (salvo en los programas de medicina preventiva), y en general, cualquier aparato ortopédico como sillas de ruedas, camas ortopédicas, colchones antiescaras, empapadores, corsés ortopédicos, collarines cervicales, bastones de apoyo, aparatos de rehabilitación pasiva, así como los gastos de mantenimiento y reparación y los productos farmacéuticos, vacunas y jeringuillas. La hipertermia prostática, tratamientos con cámara hiperbárica, rehabilitación del suelo pélvico, terapia fotodinámica. En ventiloterapia, el CPAP, BIPAP y los monitores de APNEA. En odontoestomatología la periodoncia, endodoncia, los empastes, la ortodoncia, las prótesis dentales y los implantes.

HOSPITALIZACIÓN. Será necesaria autorización previa de al menos 48 horas. En todas las garantías hospitalarias: Únicamente se cubrirán los honorarios de los profesionales concertados que intervengan en la hospitalización siempre que exista indicación médica y el centro disponga de los medios técnicos y profesionales que lo permitan.

Servicios no cubiertos: Los servicios hosteleros y sociales, comidas del acompañante, servicio privado de enfermería, habitaciones tipo suites y la cama del acompañante en unidades especiales. En la hospitalización en Unidades especiales: En caso de Daño Cerebral Adquirido y Daño Medular los tratamientos de neurorrehabilitación y otros específicos, la cobertura se limita a una sola vez por asegurado durante la vigencia de la póliza y hasta un máximo de 60 días en régimen de internamiento hospitalario.

En la hospitalización quirúrgica: Servicios no cubiertos: la cirugía y los tratamientos de estética en general, tratamiento de la esclerosis venosa, rinoplastias, cirugía reductora y reconstructora de la mama salvo después de mastectomía por cáncer de la mama afectada, tratamientos cosméticos y de la alopecia androgénica, la cirugía de la obesidad, la cirugía reconstructiva de técnicas anticonceptivas previas, la cirugía de la transexualidad; el diagnóstico y el tratamiento quirúrgico de la impotencia coeundi y la cirugía estereotáxica del parkinson y el coste de los implantes cocleares. En la hospitalización médica: Servicios no cubiertos: los internamientos para curas de reposo o adelgazamiento, las estancias en residencias asistidas, geriátricos, los tratamientos en balnearios. En la hospitalización psiquiátrica: Servicios no cubiertos: la hospitalización en procesos psiquiátricos crónicos; test psicológicos, psicoanálisis, hipnosis, psicoterapia, sofrología y narcolepsia. Existe un límite de 60 días por asegurado/año en afectados por procesos agudos o crónicos reagudizados.

TRATAMIENTOS Y SERVICIOS ESPECIALES. Sólo se llevarán a cabo por los facultativos y en los centros médicos hospitalarios designados por la Entidad que no necesariamente estarán ubicados en la provincia del domicilio de Asegurado. Tratamientos de psicoterapia breve o terapia focal, previa autorización de la Compañía, siempre debe estar prescrito por un psiquiatra del cuadro asistencial de MAPFRE FAMILIAR y como tratamiento complementario a patologías psiquiátricas, con un máximo de 20 sesiones año/asegurado. Existirá una franquicia a cargo del Asegurado que se recoge en el Anexo I de éstas Condiciones Generales. Dicho coste se revisará anualmente y podrá variar en función de las modificaciones de los costes asistenciales. MEDICINA PREVENTIVA: Servicios no cubiertos: el coste de las vacunas; estudios genéticos; técnicas de recuperación postparto y con un límite de 15 horas para las técnicas de preparación al parto; rehabilitación cardiaca con 30 sesiones por paciente. Detección Precoz y Tratamiento de la Sordera en Niños menores de 7 años, siempre que en el momento de su nacimiento la madre o el padre tuviera una antigüedad en póliza superior a 8 meses, con un máximo de 20 sesiones/año de logopedia. REPRODUCCIÓN ASISTIDA: será necesario que ambos miembros de la pareja sean asegurados de esta póliza, que ninguno de ellos haya sido sometido a cirugía anticonceptiva, que se haya confirmado el diagnóstico de esterilidad de uno de los miembros, que no hayan cumplido la edad de 40 años y que no hayan tenido descendencia. La cobertura alcanza a dos intentos de inseminación artificial y un intento de fecundación "in vitro". Servicios no cubiertos: la medicación, la congelación/descongelación de embriones/esperma/óvulos, el diagnóstico preimplantacional, así como, los gastos de donación de ovocitos y esperma. En el caso de técnicas ICSI o micro inyección espermiática existe franquicia a cargo del asegurado. PODOLOGÍA: máximo 4 sesiones de quiropodia al año. TRASPLANTES DE ÓRGANOS: sólo trasplantes de córnea, corazón hígado, riñón, pulmón, páncreas y médulas ósea. Queda excluida la gestión y los gastos derivados de su obtención. PRÓTESIS E IMPLANTES:

exclusivamente los recogidos en el Catálogo de Prótesis e Implantes del Anexo I de las Condiciones Generales, autorizados previamente por la Aseguradora, y hasta el límite de reembolso fijado en dicho Anexo. Se excluyen los injertos osteoinductores, osteoconductores y los celulares, así como los factores de crecimiento. OSTEOPATÍA: máximo 8 sesiones por asegurado y año. Existe una franquicia a cargo del asegurado que se recoge en el Anexo I de las Condiciones Generales. ESTUDIO BIOMECÁNICO DE LA MARCHA: Se cubre la realización de un estudio cada 5 años y en niños (hasta 14 años de edad) la realización de un estudio cada 2 años. RED HOSPITALARIA EN ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA: Exclusivamente el 60 por ciento de los gastos médicos y hospitalarios previo abono de la factura. PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN EL COSTE DE LOS SERVICIOS. Según se indica en el Anexo I de las Condiciones Generales. Dicho importe se revisará anualmente y podrá variar en función de las modificaciones de los costes asistenciales.

#### PERIODOS DE CARENCIA

CARENCIA DE 6 MESES: En caso de intervenciones quirúrgicas en régimen ambulante o de internamiento; hospitalización de cualquier tipo; resonancia magnética; PET, gammagrafía, radiología vascular e intervencionista, polisomnografía, Tac coronario, diálisis, litotricia extracorpórea urológica, oncología médica o radioterápica; resto de tratamientos y servicios especiales; las garantías del segundo diagnóstico, acceso a la red hospitalaria de E.E.U.U., Rehabilitación; Consulta/Tratamiento de Osteopatía, Consulta /Tratamiento de Psicoterapia breve o terapia focal.

CARENCIA DE 8 MESES: Asistencia a embarazo, parto o cesárea.

CARENCIA DE 48 MESES: Adopción nacional e internacional. (El inicio de los trámites de adopción deberá haberse solicitado una vez transcurrido el periodo de carencia indicado desde el alta del asegurado en póliza).

Estudio de la esterilidad y tratamiento mediante técnicas de reproducción asistida. El periodo de carencia se aplicará con relación al alta más reciente de los miembros de la pareja si no han contratado en la misma fecha.

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

#### EXCLUSIONES GENERALES (Art. 5º)

Se excluyen de las coberturas de la póliza los riesgos que se indican a continuación:

1. Salvo autorización expresa de MAPFRE FAMILIAR queda en todo caso excluida la asistencia sanitaria prestada por los médicos, servicios o centros no concertados con MAPFRE FAMILIAR (aun cuando ésta haya sido ordenada por servicios concertados), así como los gastos médicos u hospitalarios ocasionados por servicios que dichos facultativos pudieran ordenar, ni los reembolsos de dichos gastos o cualquier otro tipo de indemnización. La Aseguradora podrá reclamar al asegurado los gastos que haya tenido que abonar al sistema sanitario público por la asistencia que le hayan prestado en supuestos no cubiertos, de conformidad con lo establecido en estas Condiciones Generales.
2. La asistencia sanitaria a toda clase de enfermedades, defectos y malformaciones (incluidas las congénitas), contraídas, manifestadas o conocidas por el Asegurado antes de la fecha de efecto de su alta en la póliza, así como las secuelas producidas por ellas, y los defectos de nacimiento.
3. Accidentes producidos con anterioridad a la entrada en vigor de la póliza.
4. La asistencia sanitaria resultante de la participación del Asegurado en carreras o apuestas y las derivadas de la práctica como profesional de cualquier deporte, así como la práctica como aficionado en actividades aéreas, submarinismo con uso de pulmón artificial, boxeo, escalada, carreras de vehículos de motor, incluidos los entrenamientos, espeleología, toreo, encierro de reses y cualquier otra actividad de riesgo análogo.
5. La asistencia sanitaria derivada de la participación directa del Asegurado en actos delictivos, alborotos, reyertas o riñas, salvo que hubiera actuado en legítima defensa.
6. La asistencia sanitaria como consecuencia de tentativa de suicidio o autolesión, estando o no el Asegurado en uso de sus facultades mentales.
7. La asistencia sanitaria derivada de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (SIDA) y el tratamiento del alcoholismo y de la drogadicción.
8. La asistencia sanitaria en las enfermedades y accidentes que sean consecuencia de guerra civil o internacional (haya o no declaración de guerra), actos de terrorismo, insurrecciones, tumultos populares, movimientos sísmicos, inundaciones, huracanes, erupciones volcánicas, en las consecuencias directas o indirectas de la radiación nuclear o contaminación radioactiva, o cualquier otro fenómeno de carácter catastrófico o extraordinario, o acontecimientos que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como "catástrofe o calamidad nacional", así como las epidemias declaradas oficialmente.
9. Chequeos, exámenes médicos generales de carácter preventivo, excepto los incluidos en los programas de Medicina Preventiva expresamente pactados en la póliza, así como, cualquier estudio genético excepto cuando, en el marco de un cuadro clínico la confirmación de diagnóstico genético condicione la instauración de un tratamiento específico o su modificación y siempre que en este caso el estudio necesario figure en el listado incluido en el Anexo I. Quedan expresamente excluidos los estudios genéticos de familiares y los de carácter preventivo.
10. El reembolso de los gastos ocasionados por la tramitación de un proceso de adopción nacional e internacional iniciado con anterioridad a la fecha de efecto de esta garantía.
11. La interrupción voluntaria del embarazo, así como toda asistencia sanitaria relacionada con dicha interrupción.
12. Todos aquellos procedimientos médicos, quirúrgicos y medios de diagnóstico que sean considerados técnicas novedosas o de nueva implantación conforme a lo establecido en estas Condiciones Generales.
13. Traslados requeridos para la asistencia a consultas médicas, realización de pruebas diagnósticas, así como para tratamientos de fisioterapia y rehabilitación, salvo que concurran las circunstancias establecidas para enfermos en régimen de Hospitalización a Domicilio, según lo indicado en el apartado "Servicio de Ambulancia".
14. Todas las técnicas quirúrgicas o procedimientos terapéuticos que usan el láser, excepto los expresamente incluidos en el Anexo I. Estas exclusiones comprenden tanto la enfermedad, accidente o hecho que se señala, como las secuelas, complicaciones, reagudizaciones, tratamientos específicos y demás consecuencias, así como los siniestros causados por la consecuencia de todo lo anterior.

## **MEDISALUD**

### **OBJETO Y EXTENSIÓN DEL SEGURO (Art.2º)**

Las coberturas de la póliza son válidas en todo el mundo, siempre que el domicilio habitual de residencia del Asegurado se encuentre en España. Si éste trasladara su domicilio fuera de España, se extinguirán automáticamente.

No son asegurables las personas mayores de 65 años. No obstante, los Asegurados que alcancen esta edad, durante la vigencia del contrato, tendrán derecho a prorrogarlo hasta que cumplan 70 años.

### **CONDICIONES GENERALES DE CADA GARANTÍA**

**GASTOS MÉDICOS HOSPITALARIOS Y GASTOS HOSPITALARIOS CUBIERTOS:** Hasta el porcentaje y límite máximo de indemnización fijado en Condiciones Particulares. En todo caso, se entenderá como un ingreso referido a una misma dolencia aquel que se deba a una misma causa o causas relacionadas con el ingreso anterior, incluyendo sus complicaciones. A estos efectos será considerado como continuación del anterior y no como nueva dolencia.

**GASTOS EXTRAHOSPITALARIOS CUBIERTOS:** Hasta el porcentaje y límite máximo de indemnización fijado en Condiciones Particulares. Se excluyen los productos farmacéuticos. No se cubren los gastos ocasionados por servicios médicos prestados a recién nacidos, salvo Art. 7.7 de las Condiciones Generales. En los tratamientos de hemodiálisis o diálisis peritoneal, el Asegurador se hará cargo del coste del tratamiento en las unidades especiales que correspondan durante el periodo máximo de 1 año a contar desde la primera sesión; en procedimientos de rehabilitación en servicios no recomendados con el límite de 30 sesiones por año.

### **EXCLUSIONES GENERALES (Art. 3º)**

- Las enfermedades defectos y malformaciones (incluidas las congénitas), contraídas, manifestadas o conocidas por el Asegurado antes de la fecha de efecto de su alta en la póliza, así como las secuelas producidas por ellas, y los defectos de nacimiento, salvo que hubieran sido aceptadas expresamente por el Asegurador.

- Accidentes producidos con anterioridad a la entrada en vigor de esta póliza.

- Los trastornos psicológicos, salvo los de base psiquiátrica y siempre que los tratamientos psicoterápicos sean prescritos por un psiquiatra, y realizados previa autorización de la Entidad en los Servicios Concertados a éste fin. El SIDA y/o enfermedades asociadas al Virus HIV positivo; toxicomanía y alcoholismo.

- El consumo por parte del Asegurado, de estupefacientes no prescritos médicamente o por la ingestión de bebidas alcohólicas.

- Las esterilizaciones para ambos sexos, la reproducción asistida y el estudio o tratamiento de la esterilidad/infertilidad, salvo si se utilizan los Servicios Concertados. La medicación de la reproducción asistida, congelación/descongelación de embriones/esperma/óvulos, el diagnóstico preimplantacional, así como, los gastos de donación de ovocitos y espermia.

- Los tratamientos para adelgazar, la cirugía de la obesidad, las curas de sueño o reposo, psicoanálisis, hipnosis, narcolepsia ambulatoria, sofrología, test psicológicos, así como la rehabilitación psicossocial o neuropsicológica.

- Cirugía refractiva (miopía, astigmatismo, hipermetropía), cirugía de la presbicia, costes de gafas, lentillas y aparatos auditivos, salvo implantes cocleares y audífonos in-cluidos en el Programa de Detección precoz y Tratamiento de la Sordera en niños me-nores de 7 años y hasta el límite fijado en el Catálogo de Prótesis.

- Las intervenciones y/o tratamientos por razones estéticas en general, y el tratamiento de la esclerosis venosa.

- Chequeos, exámenes médicos generales de carácter preventivo, excepto los incluidos en los programas de Medicina Preventiva expresamente pactados en la póliza, siempre que se utilicen los Servicios concertados por la Entidad, así como, cualquier estudio genético excepto cuando, en el marco de un cuadro clínico la confirmación del diagnóstico genético condicione la instauración de un tratamiento específico o su modificación y siempre que en este caso el estudio necesario figure en el listado incluido en el Anexo I. Quedan expresamente excluidos los estudios genéticos de familiares y los de carácter preventivo.

- Aerosoles, oxigenoterapia, ventiloterapia y rayos PUVA salvo que se utilicen los servicios recomendados, CPAP, BIPAP, monitores de apnea, vacunas y tratamientos farmacológicos.

- Injertos osteoinductores y osteoconductores, injertos celulares; las piezas anatómicas ortopédicas y material ortopédico.

- Los factores de crecimiento, las prótesis e implantes, excepto las recogidas en el Catálogo de Prótesis e Implantes del Anexo I de las Condiciones Generales y hasta el límite de reembolso fijado en dicho Anexo.

- La participación del Asegurado en apuestas, desafíos y riñas, siempre que en este último caso no hubiere actuado en legítima defensa. También los que se deriven de suicidios y sus tentativas, así como la autolesión.

- La práctica como profesional de cualquier deporte y la práctica como profesional o aficionado de actividades aéreas, submarinismo con uso de pulmón artificial, boxeo, escalada, carreras de vehículos a motor incluidos los entrenamientos, espeleología, tореo, encierro de reses y cualquier otra actividad o deporte de riesgo análogo.

- Actos de guerra (haya o no declaración de guerra), actos de terrorismo, insurrecciones, tumultos populares, movimientos sísmicos, terremotos, huracanes, erupciones volcánicas, consecuencias directas o indirectas de la radiación nuclear o contaminación radiactiva y otros hechos que sean declarados de carácter catastrófico o extraordinario, así como las epidemias declaradas oficialmente.

- La educación para el lenguaje, salvo cuando haya patología orgánica de los órganos de la fonación, la educación, terapia y rehabilitación especial en enfermos con afectación psicomotora en procesos congénitos o adquiridos, la terapia de mantenimiento y ocupacional, los tratamientos de rehabilitación en régimen ambulatorio para el Daño Medular así como, los tratamientos de rehabilitación para el Daño Cerebral Adquirido y para el Daño Medular en régimen de internamiento hospitalario en Servicios de Libre Elección.

- Traslados requeridos para asistencia a consultas médicas, realización de pruebas diagnósticas, así como para tratamientos de fisioterapia y rehabilitación, salvo que concurran las circunstancias establecidas para enfermos en régimen de Hospitalización a Domicilio, según lo recogido en el apartado relativo al "Servicio de Ambulancia".

- Las siguientes coberturas, salvo en los términos y condiciones del artículo 16º de las Condiciones Generales: las enfermedades psiquiátricas; tratamientos de psicoterapia breve o terapia focal, previa autorización de la Compañía, siempre debe estar prescrito por un psiquiatra y cómo tratamiento complementario a patologías psiquiátricas con un máximo de 20 sesiones año/asegurado. Existirá una franquicia a cargo del Asegurado que se recoge en el Anexo I de éstas Condiciones Generales. Dicho coste se revisará anualmente y podrá variar en función de las modificaciones de los costes asistenciales; los tratamientos de podología; los empastes, endodoncias y demás tratamientos odontológicos; consulta/tratamiento de osteopatía con un máximo de 8 sesiones asegurado/año;

estudio biomecánico de la marcha con un máximo de un estudio cada 5 años y en niños (hasta 14 años de edad) la realización de un estudio cada 2 años; las esterilizaciones para ambos sexos, la fecundación "in vitro", la inseminación artificial; el estudio o tratamiento de la esterilidad/infertilidad; programas de medicina preventiva (Detección Precoz y Tratamiento de la Sordera en Niños menores de 7 años y siempre que en el momento de su nacimiento la madre o el padre tuviera una antigüedad en póliza superior a 8 meses, tiene un máximo de 20 sesiones/año de logopedia, tratamientos de rehabilitación para el Daño Cerebral Adquirido y Daño Medular).

- El reembolso de los gastos ocasionados por la tramitación de un proceso de adopción nacional en internacional iniciado con anterioridad a la fecha de efecto de esta garantía.

- La interrupción voluntaria del embarazo, así como toda asistencia sanitaria y reembolso de gastos relacionada con dicha interrupción.

### **PERIODOS DE CARENIA (Art. 5º)**

Las prestaciones cubiertas entrarán en vigor una vez que haya tomado efecto la póliza, salvo que la causa determinante de la prestación sea la enfermedad en cuyo caso deberán haber transcurrido los siguientes periodos de carencia, excepto pacto en contrario recogido en las Condiciones Particulares de la póliza:

- En caso de enfermedad que requiera intervención quirúrgica, y/o tratamiento de radioterapia, quimioterapia, hemodiálisis y litotricia, los primeros síntomas deben producirse una vez transcurridos 6 meses desde la fecha de inclusión del Asegurado en la póliza, salvo urgencia extrema o vital.

- Los gastos generados por embarazo, parto, aborto (involuntario), los cariotipos, genotipos y amniocentesis, se cubrirán una vez transcurridos 8 meses desde la fecha de alta en la póliza.

- Los servicios de: isótopos radiactivos, medicina nuclear, hemodinámica, polisomnografía, PET, TAC coronario, resonancia nuclear magnética y rehabilitación, consulta/tratamientos de osteopatía, consulta/tratamientos de Psicoterapia breve o terapia focal, así como la preparación al parto se cubrirán una vez transcurridos 6 meses desde la fecha de inclusión del Asegurado en la póliza.

- El estudio de la esterilidad y tratamiento mediante técnicas de reproducción asistida se cubrirán una vez transcurridos 48 meses desde el alta más reciente de los miembros de la pareja, si no han contratado en la misma fecha.

- Para el reembolso por Adopción nacional e internacional el inicio de los trámites de adopción debe haberse solicitado 48 meses después de la fecha de alta del Asegurado en la póliza.

- Gran Cobertura, se cubrirá una vez transcurridos 6 meses.

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

## **SALUD FAMILIAR Y MEDISALUD**

### **CLÁUSULA GENERAL DE TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL**

El Tomador/Asegurado Titular autoriza el tratamiento de los datos personales suministrados voluntariamente a través del presente documento y durante la vigencia del contrato, la actualización de los mismos y los que se obtengan mediante grabación de conversaciones telefónicas o como consecuencia de su navegación por las páginas web de Internet, con motivo del desarrollo del contrato o de la consulta, solicitud o contratación de cualquier servicio o producto, para:

- El cumplimiento del propio contrato de seguro.
- Realización de estudios estadísticos y control de calidad.
- Remitirle información, incluso por vía electrónica, sobre productos y servicios, ofertas, promociones, obsequios y campañas de fidelización de MAPFRE FAMILIAR y de las distintas entidades del Grupo MAPFRE (www.mapfre.com) o de aquellas entidades terceras con las que cualquier empresa del Grupo MAPFRE haya suscrito acuerdos de colaboración, con el objeto de adecuar nuestras ofertas comerciales a su perfil particular incluso una vez extinguida la relación contractual existente.
- Realizar análisis de siniestralidad.
- La prevención del fraude en la selección del riesgo y en la gestión de siniestros, incluso aunque no se formalice el contrato de seguro, como en su caso, una vez extinguida la relación contractual.
- Gestión de otras solicitudes o contratos de cualquiera de las distintas entidades del Grupo MAPFRE. (www.mapfre.com).
- Remitirle información sobre sistemas de seguridad. Asimismo, acepta que sus datos, excluidos los de salud, puedan ser comunicados entre el tomador del seguro y la aseguradora para el cumplimiento de todas las finalidades indicadas anteriormente. Y acepta que sus datos puedan ser cedidos exclusivamente para las finalidades indicadas anteriormente a otras entidades aseguradoras, reaseguradoras, financieras, inmobiliarias o de prestación de servicios de reparaciones domiciliarias, de automoción o de atención a personas del Grupo MAPFRE (www.mapfre.com), filiales y participadas, así como a la Fundación MAPFRE y a otras personas físicas o jurídicas que, asimismo, desarrollen cualesquiera de las referidas actividades y con las que las distintas entidades del Grupo MAPFRE concluyan acuerdos de colaboración, incluso cuando la cesión suponga una transferencia internacional de datos, todo ello tanto si se formalizase o no operación alguna como, en su caso, una vez extinguida la relación contractual existente; y, a que sus datos, incluidos los de salud, puedan ser comunicados entre la aseguradora y los médicos, centros sanitarios, hospitales u otras instituciones o personas, con la finalidad de cumplir, desarrollar, controlar y ejecutar la prestación sanitaria, el reembolso o indemnización garantizada en el contrato de seguro y solicitar o verificar de dichos prestadores sanitarios las causas que motivan las prestaciones, reembolsos o indemnizaciones y, en su caso, recobrar los gastos, respetando, en todo caso, la legislación española sobre protección de datos de carácter personal y sin necesidad de que le sea comunicada cada primera cesión que se efectúe a los referidos cesionarios. Todos los datos son tratados con absoluta confidencialidad, no siendo accesibles a terceros para finalidades distintas para las que han sido autorizados. El fichero de datos personales está ubicado en la Carretera de Pozuelo nº 50, Edificio MAPFRE 3, 28222, Majadahonda (Madrid), bajo la supervisión y control de MAPFRE FAMILIAR, quien asume la adopción de las medidas de seguridad de índole técnica y organizativa para proteger la confidencialidad e integridad de la información, de acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y demás legislación aplicable y ante quien el titular de los datos puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación mediante comunicación escrita dirigida a Carretera de Pozuelo nº 50, Edificio MAPFRE 3, 28222, Majadahonda (Madrid) o a cualquier oficina de MAPFRE.  Vd. Puede marcar esta casilla en caso de oponerse al tratamiento y comunicación de los datos de carácter personal para las finalidades indicadas anteriormente distintas del cumplimiento de la relación contractual. En caso de que los datos facilitados se refieran a personas físicas distintas del Tomador/Asegurado Titular, éste reconoce, con la firma del presente documento, que ha obtenido el consentimiento expreso de todas ellas para el tratamiento, cesión y transferencia.

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

**PÓLIZA Nº**

**Nombre y Apellidos del Tomador / Asegurado Titular**

**Firma:**