



## NOTA INFORMATIVA PREVIA

*Deber particular de información, en el caso de seguros de salud, sobre los aspectos recogidos en el artículo 126 del Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras (RDOSEAR).*

### “SEGURO DE REEMBOLSO”

#### 1- DENOMINACIÓN Y DOMICILIO SOCIAL DE LA ASEGURADORA

MAPFRE ESPAÑA, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A. tiene su domicilio social en España, Ctra. de Pozuelo nº 50, 28222, Majadahonda (Madrid), y en su actividad aseguradora se halla sometida a la supervisión y control de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones. (Clave de la entidad: C-0058).

El Informe sobre la situación financiera y de solvencia del Asegurador regulado en el artículo 80 de la Ley de Ordenación, Supervisión y Solvencia de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras se encuentra a su disposición en la página web [www.mapfre.com/corporativo-es/accionistas-inversores/informacion-financiera/solvencia/](http://www.mapfre.com/corporativo-es/accionistas-inversores/informacion-financiera/solvencia/) donde puede acceder al mismo.

Cuando la distribución de los contratos de seguro se lleva a cabo directamente por la compañía aseguradora, se informa de que los empleados comerciales de la misma perciben por dicha distribución una retribución variable, de lo que les informamos en cumplimiento de la normativa en materia de distribución de seguros.

#### 2- NOMBRE DEL PRODUCTO

Reembolso (Condicionado General en [www.mapfre.es](http://www.mapfre.es)).

#### 3- TIPO DE SEGURO

Es un seguro de enfermedad de la modalidad de reembolso de gastos médicos por el que la Aseguradora se compromete a reembolsar al Asegurado los gastos médicos cubiertos por la póliza, **aplicando los porcentajes de reembolso** que en cada caso correspondan en función de la asistencia solicitada, **y hasta el límite máximo pactado en las Condiciones Particulares.**

Esta modalidad de seguro se diferencia de la modalidad de asistencia sanitaria “Asistencia Sanitaria Plus” en los siguientes aspectos:

- ✓ El Asegurado no está obligado a utilizar en exclusiva los servicios concertados por la Aseguradora, pudiendo acudir a los médicos u hospitales que tenga por conveniente.
- ✓ Las asistencias médicas en servicios médicos privados serán satisfechas por el Asegurado y reembolsadas posteriormente por la Aseguradora aplicando los porcentajes del 80 ó 90 % y los límites de reembolso pactados en las Condiciones Particulares.

No obstante lo anterior, si el Asegurado prefiere utilizar los servicios concertados por la Aseguradora obtendrá las siguientes ventajas:

- ✓ No tendrá que anticipar pago alguno.
- ✓ La cobertura en esos casos consistirá en el pago anticipado por la Aseguradora del 100 % de los gastos médicos cubiertos por la póliza, hasta el límite máximo pactado en las Condiciones Particulares.



#### 4- CUESTIONARIO DE SALUD

Conforme al artículo 10 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, del Contrato de Seguro el Tomador del seguro tiene el deber de declarar a la Aseguradora, todas las circunstancias relacionadas con su estado de salud y del resto de los Asegurados, que sean conocidas por éstos y que puedan influir en la valoración del riesgo. Para ello, la Aseguradora hará entrega al Tomador del llamado "Cuestionario de salud" en el que se recogen determinadas preguntas sobre las circunstancias que inciden decisivamente en la valoración del riesgo y, en consecuencia, en el cálculo de la prima de seguro.

Si el Tomador incurriera en reserva o inexactitud en las declaraciones reflejadas en el cuestionario, la Aseguradora quedará facultada para resolver el contrato relativo al Tomador o al Asegurado sobre el que se efectuó la reserva o inexactitud, mediante declaración dirigida al Tomador en el plazo de un mes a contar desde el momento en que la Aseguradora tuvo conocimiento de las falsedades.

#### 5- DESCRIPCIÓN DE LAS GARANTÍAS Y OPCIONES OFRECIDAS

##### **GARANTÍAS PRINCIPALES (es obligatoria la contratación de las Garantías Extrahospitalarias y Hospitalarias)**

- ✓ **Garantías Extrahospitalarias de Reembolso:** cubre los gastos médicos abonados por el Asegurado correspondientes a las asistencias o cirugías de carácter ambulatorio, incluidos los procedimientos de diagnóstico y/o terapéuticos pactados en Condiciones Generales para cada una de las garantías que se indican a continuación:
- ✓ **Reembolso de gastos de asistencia primaria:** cubre el **80%** de los gastos correspondientes a la asistencia médica primaria (medicina general, pediatría y puericultura, enfermería y atención de urgencias domiciliarias y ambulatorias) prestada en la consulta del facultativo y/o en el domicilio del Asegurado y los derivados de la utilización de los medios de diagnóstico consistentes en análisis clínicos básicos y radiología convencional sin contraste.

Asimismo, cubre el **100%** de los gastos médicos referidos en el párrafo anterior, cuando se utilicen los servicios concertados por la Aseguradora. En este supuesto, las prestaciones de pediatría y puericultura también cubren el llamado programa de medicina preventiva del niño sano, dirigido fundamentalmente a niños desde su nacimiento hasta los 11 años de edad, el cual comprende: la entrega de un documento de salud infantil para el seguimiento de la salud del niño, exploración neonatal y detección precoz de anomalías, exámenes periódicos de salud para el control de la nutrición y el desarrollo psicofísico, vacunaciones de acuerdo con el calendario oficial, registro de incidencias y enfermedades detectadas; y, asesoramiento y educación para la salud infantil.

- ✓ **Reembolso de gastos de asistencia especializada ambulatoria:** cubre el **80%** de los gastos derivados de la asistencia prestada por un facultativo de las distintas especialidades médico-quirúrgicas cubiertas por la póliza, procedimientos de diagnóstico y terapéuticos, contrastes radiológicos utilizados en las exploraciones de diagnóstico por la imagen y cirugía menor, **exclusivamente cuando se realicen en consulta y/o sala de curas.**

Asimismo, cubre el **100%**, de las prestaciones señaladas en el párrafo anterior y los servicios complementarios o tratamientos especiales que se indican continuación, siempre y cuando se utilicen los servicios concertados con la Aseguradora:

- ✓ **Programas de Medicina Preventiva para la prevención de enfermedades:** programa de detección precoz de la sordera en niños (máximo 20 sesiones de logopedia por Asegurado y año) y, exclusivamente para los casos de sordera bilateral y mayor de 40 dBHL en el oído más sano, 2 audífonos, uno para cada oído, durante toda la vigencia de la póliza, (con un límite máximo de 2.000 euros cada uno), de diagnóstico precoz de enfermedades de la mama, de diagnóstico precoz de enfermedades ginecológicas, de diagnóstico precoz de enfermedades coronarias e ictus, de diagnóstico precoz de enfermedades de la próstata, de diagnóstico precoz de la diabetes, seguimiento y tratamiento del enfermo diabético, de diagnóstico precoz del glaucoma, de rehabilitación cardiaca (máximo de 30 sesiones por Asegurado y año) y de detección de cáncer de colon.



- ✓ **Tratamientos de psicoterapia breve o terapia focal:** cubre la consulta con el psicólogo y los tratamientos de psicoterapia pautados hasta un máximo de 20 sesiones por Asegurado y año, salvo en el supuesto de trastornos de la alimentación o acoso escolar que se amplía hasta un máximo de 40 sesiones.
- ✓ **Osteopatía:** cubre la consulta del osteópata y los tratamientos que se pauten hasta un máximo de 8 sesiones por Asegurado y año.
- ✓ **Estudio biomecánico de la marcha:** cubre la realización de un estudio en el análisis de la marcha cada 5 años, y en niños (hasta los 14 años de edad) cada 2 años.
- ✓ **Tratamiento de esterilidad de la pareja:** cubre el tratamiento y estudio de la esterilidad, 2 intentos de inseminación artificial y 1 de fecundación “in vitro” de las parejas que no hayan tenido descendencia que estén asegurados en la póliza, que no se hayan sometido a una cirugía anticonceptiva, que no hayan cumplido 40 años y sobre los que se haya confirmado el diagnóstico de esterilidad.
- ✓ **Tratamientos de rehabilitación para el Daño Cerebral Adquirido:** se cubren los tratamientos de rehabilitación funcional motor así como los tratamientos de neurorrehabilitación y otros específicos con un límite máximo de 90 días naturales en asistencia extrahospitalaria, estando limitada esta cobertura a una sola vez por asegurado durante la vigencia de la póliza.
- ✓ **Reembolso de gastos de asistencia especializada obstétrica:** cubre el **80%** de los gastos derivados de la asistencia prestada por un especialista en obstetricia y ginecología exclusivamente en consulta, los procedimientos diagnósticos y terapéuticos propios del seguimiento del embarazo de la Asegurada.  
  
Asimismo, esta garantía cubre el **100%** de las prestaciones referidas en el párrafo anterior, cuando se utilicen los servicios concertados por la Aseguradora, y los programas de medicina preventiva de preparación al parto y de seguimiento y tratamiento de la diabetes en el embarazo.
- ✓ **Garantías Hospitalarias de Reembolso:** cubre los gastos médicos abonados por el Asegurado correspondientes a la estancia en un centro hospitalario con uso de habitación individual, manutención del Asegurado ingresado, cama de acompañante, utilización de quirófano, material fungible, material de osteosíntesis, prótesis e implantes hasta el límite económico pactado en las Condiciones Generales, medicamentos, tratamientos y pruebas diagnósticas y los honorarios de los profesionales médicos que intervengan durante la asistencia hospitalaria, según lo pactado en Condiciones Generales para cada una de las garantías que se indican a continuación:
  - ✓ **Reembolso de gastos de hospitalización quirúrgica:** cubre el **90%** de los gastos derivados de la asistencia hospitalaria del Asegurado para el tratamiento de enfermedades o lesiones que precisen de cirugía en las distintas especialidades quirúrgicas cubiertas por la póliza, incluida la cirugía endoscópica y el láser.  
  
Asimismo, cubre el **100%**, cuando se utilicen los servicios concertados por la Aseguradora de las siguientes prestaciones: programas de medicina preventiva para planificación familiar y para el tratamiento de la sordera en niños, exclusivamente para los casos de sordera bilateral y mayor de 40 DBHL en el oído más sano (colocación de un implante coclear con un límite máximo de 22.000 euros por Asegurado durante toda la vigencia de la póliza, los trasplantes de córnea, corazón, hígado, riñón, pulmón, páncreas y médula ósea y el reembolso del coste de adquisición de las prótesis e implantes que hayan sido utilizadas en una intervención quirúrgica autorizada por la Aseguradora de entre las comprendidas en el Catálogo de Prótesis e Implantes y hasta el límite económico pactado en las Condiciones Generales.
  - ✓ **Reembolso de gastos de hospitalización no quirúrgica:** cubre el **90%** de los gastos correspondientes a la asistencia hospitalaria del Asegurado para el diagnóstico y/o tratamiento de enfermedades o lesiones de las distintas especialidades médicas cubiertas por la póliza.  
  
Asimismo, cubre el **100%**, cuando se utilicen los servicios concertados por la Aseguradora, la hospitalización psiquiátrica para el tratamiento de enfermos mentales afectados de procesos agudos o crónicos reagudizados hasta un límite máximo de 60 días por Asegurado y año. En caso de **Daño Cerebral Adquirido y Daño Medular** se cubren los tratamientos médicos-quirúrgicos, tratamientos de rehabilitación funcional



motor y rehabilitación en unidades específicas de lesionados medulares, así como los tratamientos de neurorrehabilitación y otros específicos con un límite de 60 días de hospitalización, alcanzando esta cobertura a una sola vez durante la vigencia de la póliza.

- ✓ **Reembolso de gastos de hospitalización obstétrica:** cubre el **90%** de los gastos correspondientes a la asistencia hospitalaria por motivos obstétricos, la asistencia al parto o cesárea asistido por el especialista y el/la matron/a.

Asimismo, se cubre el **100%**, cuando se utilicen los servicios concertados por la Aseguradora, de los gastos derivados exclusivamente de los supuestos de asistencia hospitalaria por motivos obstétricos, la asistencia al parto o cesárea, por el especialista y matrona y la asistencia al neonato no incorporado a la póliza con un límite máximo de 3 días en caso de parto normal y 5 días en caso de parto por cesárea.

#### **GARANTÍAS COMPLEMENTARIAS (contratación obligatoria)**

- ✓ **Segundo Diagnóstico Internacional:** cubre el servicio de interconsulta con un especialista o centro hospitalario acreditado a nivel mundial, concertado con la Aseguradora, con el fin de confirmar un diagnóstico o diferentes alternativas terapéuticas según la relevancia de la patología a tratar.
- ✓ **Asistencia en Viaje:** cubre las prestaciones que se indican a continuación durante los 90 primeros días consecutivos de un viaje o desplazamiento del Asegurado en el extranjero que le impida continuar el viaje; a saber: asistencia médica, desplazamiento y alojamiento de un acompañante del Asegurado hospitalizado, prolongación de la estancia del Asegurado, envío de medicamentos, repatriación sanitaria del Asegurado, repatriación del Asegurado fallecido, transporte de un acompañante del Asegurado fallecido, repatriación de los Asegurados acompañantes del Asegurado, interrupción del viaje y entrega de efectivo en el extranjero.
- ✓ **Adopción Nacional e Internacional:** cubre el reembolso de los gastos ocasionados por la tramitación de un proceso de adopción nacional e internacional hasta un máximo de 12.000 euros, de aquellos Asegurados que cumplan las condiciones exigidas por la Ley en materia de adopciones y que hayan solicitado el inicio de los trámites 48 meses después de la fecha de alta en la póliza.
- ✓ **Fallecimiento por Accidente:** cubre a los beneficiarios designados en la póliza con una indemnización máxima de 12.000 euros Si como consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza se produjese el fallecimiento del Asegurado inmediatamente, o en el plazo máximo de 365 días, a contar desde la fecha del accidente.
- ✓ **Reembolso de gastos de farmacia:** cubre el reembolso del 50 % de los gastos de medicamentos prescritos bajo receta médica, siempre que el proceso a tratar este cubierto por el seguro. Asimismo quedarán cubiertos aquellos medicamentos prescritos por la Seguridad Social en la parte no financiada por la misma. Están incluidas las vacunas para desensibilización alérgica, las incluidas en el calendario vacunal obligatorio, así como las vacunas antitetánica, anti neumónica y de la gripe en personas con factores de riesgo.
- ✓ **Protección de pagos:** aplicable únicamente al Asegurado Titular si tiene trabajo remunerado. Cubre el pago de una cantidad equivalente a la prima mensual del seguro por cada 30 días consecutivos que el Asegurado titular se encuentre en situación de incapacidad temporal o situación de desempleo, hasta un límite de 6 mensualidades consecutivas o alternas al año. El Asegurado titular debe ser mayor de 16 y menor de 66 años, debe trabajar en España un mínimo de 13 horas semanales y estar dado de alta en la Seguridad Social. La prestación por desempleo sólo cubre al Asegurado empleado por cuenta ajena con contrato laboral indefinido (excepto funcionarios), y la prestación por incapacidad temporal al Asegurado empleado por cuenta ajena sin contrato laboral indefinido, autónomo o funcionario.

#### **GARANTÍAS OPCIONALES**

- ✓ **Gran Cobertura:** cubre el reembolso de los gastos médicos de las Garantías Extrahospitalarias de Reembolso y de las Garantías Hospitalarias de Reembolso, ampliando el límite máximo de reembolso anual por Asegurado en la cantidad adicional indicada en las Condiciones Particulares como "Gran Cobertura".



Este límite máximo de reembolso podrá consumirse en uno o varios años y por una o diferentes causas hasta que no se haya consumido en su totalidad. En cada prórroga del contrato, dicho límite quedará minorado respecto de cada Asegurado en la cantidad que éste hubiese consumido, actualizándose el remanente según la variación que haya experimentado el IPC aplicable.

- ✓ **Garantía Bucodental:** esta garantía amplía las prestaciones dentales incluidas en las garantías de reembolso de gastos extrahospitalarios, prestadas a través de los servicios concertados con la Aseguradora, con nuevas prestaciones que, en algunos casos, implican el pago de un precio convenido.

## 6- EXCLUSIONES DE COBERTURA

**EXCLUSIONES GENERALES:** se excluyen de las garantías de la póliza los riesgos que se indican a continuación:

- ✓ La asistencia sanitaria y/o los gastos derivados de enfermedades, defectos y malformaciones preexistentes a la fecha de contratación del seguro que, siendo conocidas por el Asegurado, no hayan sido declaradas en el correspondiente cuestionario de salud.
- ✓ Accidentes producidos con anterioridad a la entrada en vigor de la póliza.
- ✓ Las intervenciones y/o tratamientos por razones estéticas en general, salvo si la operación de cirugía plástica o reparadora o el tratamiento son necesarios como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza.
- ✓ La cirugía y/o cualquier procedimiento estético de la mama, salvo después de mastectomía por cáncer de la mama afectada, así como la cirugía de la obesidad y/o bariátrica.
- ✓ Los tratamientos e intervenciones esclerosantes venosos, los tratamientos cosméticos y de la alopecia.
- ✓ Las piezas anatómicas ortopédicas, material ortopédico, los injertos osteoconductores, osteoinductores, terapias celulares, así como los factores de crecimiento, las prótesis e implantes, salvo los incluidos en el Anexo I de estas Condiciones Generales y hasta los límites económicos fijados en la póliza.
- ✓ Las órtesis, miembros u órganos artificiales y, en general, cualquier material ortopédico como sillas de ruedas, camas ortopédicas, colchones antiescaras, empapadores, corsés ortopédicos, collarines cervicales, bastones de apoyo, aparatos de rehabilitación pasiva, monitorizaciones, así como los gastos de mantenimiento y reparación de los mismos y en general cualquier producto o asistencia utilizados con fines sociales. Los productos farmacéuticos, vacunas (excepto las incluidas en el Programa del Niño Sano), autovacunas y jeringuillas, así como el D.I.U. (salvo en los Programas de Medicina Preventiva).
- ✓ El mantenimiento de los audífonos incluidos en el Programa de Tratamiento de la Sordera en Niños.
- ✓ Los tratamientos con cámara hiperbárica. Aerosoles, oxigenoterapia, ventiloterapia, rayos PUVA, CPAP Y BIPAP, salvo si se utilizan los Servicios Recomendados por la Aseguradora. Quedan excluidos en cualquier caso: CPAP, BIPAP, los monitores de apnea, tratamientos farmacológicos y concentradores de oxígeno portátiles.
- ✓ Los tratamientos experimentales y las medicinas alternativas, tales como organometría, acupuntura, homeopatía y similares.
- ✓ La asistencia sanitaria y todos los gastos médicoquirúrgicos derivados del tratamiento de patologías adictivas.
- ✓ Medicación complementaria a tratamientos quimioterápicos.
- ✓ La cirugía reconstructiva de técnicas anticonceptivas previas.
- ✓ Cirugía refractiva (miopía, astigmatismo, hipermetropía), cirugía de la presbicia, así como los costes de gafas, lentillas y aparatos auditivos, salvo implantes cocleares y audífonos incluidos en el Programa de Detección Precoz y Tratamiento de la Sordera en niños menores de 7 años y hasta el límite fijado en el Catálogo de Prótesis.



- ✓ Cirugías preventivas, chequeos, exámenes médicos generales de carácter preventivo, excepto los incluidos en los programas de Medicina Preventiva expresamente pactados en la póliza, siempre que se utilicen los Servicios Recomendados por la Entidad.
- ✓ Periodoncia, endodoncia, empastes, ortodoncia, prótesis dentales, implantes y demás tratamientos dentales, salvo que se contrate la Garantía Bucodental y se utilicen los Servicios Recomendados por la Aseguradora.
- ✓ Los traslados requeridos para asistencia a consultas médicas, realización de pruebas diagnósticas, así como para tratamientos de fisioterapia y rehabilitación, salvo que concurran las circunstancias establecidas para enfermos hospitalizados, según lo recogido en la descripción del “Servicio de Ambulancia”.
- ✓ La asistencia sanitaria y/o los gastos médicos derivados de las consecuencias de tentativa de suicidio o autolesión, estando o no el Asegurado en uso de sus facultades mentales.
- ✓ En relación con los trasplantes de órganos, la póliza únicamente cubre la asistencia médico-quirúrgica para los trasplantes recogidos expresamente en estas Condiciones Generales, y en ningún caso la gestión, el transporte, y los gastos derivados de la obtención y conservación de órganos.
- ✓ La asistencia sanitaria y/o los gastos médicos derivados de las consecuencias de la participación del Asegurado en carreras o apuestas y las producidas por la práctica como profesional de cualquier deporte, así como por la práctica como aficionado en actividades aéreas, submarinismo con uso de pulmón artificial, boxeo, escalada, carreras de vehículos de motor, incluidos los entrenamientos, espeleología, toreo, encierro de reses y cualquier otra actividad de riesgo.
- ✓ La asistencia sanitaria y/o los gastos médicos derivados de la participación directa del Asegurado en actos delictivos, alborotos, reyertas o riñas, salvo que hubiera actuado en legítima defensa.
- ✓ La asistencia sanitaria y los gastos médicos derivados de las enfermedades y accidentes que sean consecuencia de guerra civil o internacional (haya o no declaración de guerra), actos de terrorismo, insurrecciones, tumultos populares, movimientos sísmicos, inundaciones, huracanes, erupciones volcánicas, en las consecuencias directas o indirectas de la radiación nuclear o contaminación radiactiva, o cualquier otro fenómeno de carácter catastrófico o extraordinario, o acontecimientos que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como “catástrofe o calamidad nacional”, así como en las epidemias declaradas oficialmente.
- ✓ Los servicios hosteleros y sociales tales como teléfono, televisión, comidas alternativas o del acompañante, servicio privado de enfermería, habitaciones tipo suites y similares, así como la cama del acompañante en los ingresos del paciente en unidades especiales.
- ✓ Los tratamientos y/o internamientos para curas de reposo o de adelgazamiento. Las estancias en residencias asistidas, geriátricos, o asilos y los tratamientos o permanencias en balnearios, así como cualquier hospitalización en la que concurran circunstancias de tipo social.
- ✓ La hospitalización, el hospital de día y el tratamiento extrahospitalario en procesos psiquiátricos crónicos. La hospitalización, el hospital de día y el tratamiento extrahospitalario para la realización de test psicológicos, psicoanálisis, hipnosis, sofrología, tratamiento para la narcolepsia y rehabilitación psicossocial o neuropsicológica en procesos psiquiátricos agudos.
- ✓ La póliza no cubre la asistencia sanitaria y/o los gastos correspondientes a la atención a recién nacidos, salvo que se incluyan en la póliza, según lo dispuesto en las presentes Condiciones Generales.
- ✓ El reembolso de los gastos ocasionados por la tramitación de un proceso de adopción nacional e internacional iniciado con anterioridad a la fecha de alta del asegurado en la póliza.
- ✓ La interrupción voluntaria del embarazo, así como toda asistencia sanitaria relacionada con dicha interrupción.
- ✓ Cualquier estudio genético, excepto cuando, en el marco del cuadro clínico, la confirmación del diagnóstico genético condicione la instauración de un tratamiento específico o su modificación y siempre que en este caso



el estudio necesario figure en el listado incluido en el Anexo I. Quedan expresamente excluidos los estudios genéticos de familiares y los de carácter preventivo.

- ✓ Partos en medios acuáticos, a domicilio y por medios alternativos.
- ✓ Cirugía de cambio de sexo.
- ✓ La educación para el lenguaje, salvo cuando haya patología orgánica de los órganos de la fonación, la educación, terapia y rehabilitación especial en enfermos con afectación psicomotora en procesos congénitos o adquiridos y la terapia de mantenimiento u ocupacional. Los tratamientos de rehabilitación para el Daño Cerebral Adquirido y para el Daño Medular en Servicios de Libre Elección tanto en asistencia extrahospitalaria como en hospitalización.
- ✓ El uso de Servicios de Libre Elección para el acceso a los servicios indicados en el Artículo 7º, punto 3.
- ✓ La digitalización del estudio biomecánico de la marcha y la fabricación de las plantillas personalizadas.
- ✓ En reproducción asistida, la medicación, la congelación/descongelación de embriones, esperma y óvulos, el diagnóstico preimplantacional, así como los gastos de donación de ovocitos y esperma.
- ✓ En la garantía de Reembolso de Gastos de Farmacia quedan excluidas todas aquellas vacunas necesarias por motivos de viajes al extranjero, otras vacunas de carácter preventivo no enunciadas anteriormente, ni las que se encuentren en fase de desarrollo experimental. Igualmente, no serán reembolsables los gastos generados por productos que no contengan principio activo medicamentoso como pueden ser, a título meramente enunciativo y no limitativo, los productos de dermocosmética, parafarmacia, complementos alimenticios, así como los geles, cremas, sueros fisiológicos, cosméticos, etc.
- ✓ Los relacionados con procesos de gestación por sustitución cualquiera que sea el país en el que se haya seguido.
- ✓ Tratamientos farmacológicos en Oncología, Reumatología o cualquier otra especialidad que no precisan aplicación en un centro hospitalario, aunque se dispensen los medicamentos en el propio hospital, salvo lo cubierto en la Garantía de Reembolso de Gastos de Farmacia.
- ✓ Medicamentos de terapias avanzadas tanto génica como celular.
- ✓ Los gastos médicos derivados del tratamiento del lipedema.

Estas exclusiones comprenden la enfermedad, accidente o hechos señalados, sus secuelas, complicaciones, reagudizaciones, tratamientos específicos y demás consecuencias, así como los siniestros causados por o a consecuencia de todos los supuestos indicados anteriormente.

Respecto de las exclusiones propias de cada garantía nos remitimos, por su extensión, al Condicionado General ([www.mapfre.es](http://www.mapfre.es)).

## PERÍODOS DE CARENCIA

Para determinadas prestaciones o reembolsos será necesario que hayan transcurrido los siguientes períodos de carencia:

- ✓ **Carencia de 6 meses:** intervenciones quirúrgicas en régimen ambulatorio o de internamiento, hospitalización de cualquier tipo, salvo urgencia extrema o vital, TAC coronario, resonancia magnética, PET, radiología vascular e intervencionista, polisomnografía, CPAP Y BIPAP, medicina nuclear e isótopos radioactivos, hemodinámica, diálisis, litotricia, oncología médica o radioterápica, acceso a la red hospitalaria de E.E.U.U., rehabilitación y rehabilitación cardíaca, consulta y tratamientos de psicoterapia breve o focal, y la consulta y tratamientos de osteopatía.
- ✓ **Carencia de 8 meses:** embarazo, cariotipos, genotipos, amniocentesis, preparación al parto y asistencia al parto o cesárea.

- ✓ **Carencia de 48 meses:** el estudio de la esterilidad y los tratamientos mediante técnicas de reproducción asistida (al ser necesaria la inclusión de ambos miembros de la pareja, el período de carencia se aplicará con relación al alta más reciente, de no haberse contratado en la misma fecha). La adopción nacional e internacional (el inicio de los trámites de adopción deberá haberse solicitado una vez transcurrido el período de carencia indicado desde el alta del Asegurado en la póliza).

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

Respecto de las exclusiones y períodos de carencia de las Garantías de Asistencia Urgente en Viaje en el Extranjero y Protección de pagos nos remitimos, por su extensión, al Condicionado General ([www.mapfre.es](http://www.mapfre.es)).

## 7- FORMA DE COBRO DE LA PRESTACIÓN

### PORCENTAJES DE REEMBOLSO Y LÍMITES

Para cada una de las garantías que se contraten se aplicarán los porcentajes indicados en el apartado 5 de esta nota informativa. Asimismo, a estos porcentajes son de aplicación los siguientes límites máximos:

#### Límite máximo anual por Asegurado (Garantías Extrahospitalarias y Hospitalarias de Reembolso)

- ✓ Asegurado y año.....250.000,00 euros.

#### Garantías Extrahospitalarias de Reembolso

- ✓ Máximo por Asegurado y anualidad.....32.500,00 euros.
- ✓ Por cada consulta médica primaria pediatría.....201,78 euros.
- ✓ Por cada consulta de especialista.....301,25 euros.
- ✓ Por revisión ginecológica o urológica anual.....331,03 euros.
- ✓ Por revisión oftalmológica anual.....301,25 euros.
- ✓ Embarazo.....4.022,18 euros.

#### Garantías Hospitalarias de Reembolso

- ✓ Máximo por Asegurado y anualidad..... 217.500.00 euros.
- ✓ Máximo por dolencia y anualidad.....47.278,75 euros.
- ✓ Estancia día habitación.....362,92 euros.
- ✓ Estancia día UVI.....709,23 euros.
- ✓ Parto normal.....4.334,01 euros.
- ✓ Cesárea.....6.035,99 euros.

**Reembolso de Gastos de Farmacia**.....215,64 euros.

#### Gran Cobertura

- ✓ Límite Gran Cobertura.....769.175,64 euros.

Dichos límites serán revisados anualmente por la Aseguradora.





En el caso de que se contrate la Garantía de Gran Cobertura, exclusivamente, se ampliarán los límites máximos por Asegurado y anualidad pactados para las Garantías Extrahospitalarias u Hospitalarias de Reembolso.

### FORMA DE PAGO DEL REEMBOLSO

Tras confirmarse por la Aseguradora la procedencia del reembolso, éste se hará efectivo en el plazo de 3 meses desde su recepción y mediante transferencia bancaria al número de cuenta designado en la solicitud de reembolso, salvo en los supuestos de utilización de los servicios concertados en los que el Asegurado no tendrá que anticipar pago alguno.

### FRANQUICIAS

Para determinadas garantías prestadas a través de los servicios concertados con la Aseguradora, el Asegurado deberá asumir el pago de las siguientes franquicias:

- ✓ Tratamientos de psicoterapia breve o terapia focal: consulta/sesión.....12 euros.
- ✓ Tratamientos de osteopatía: consulta/sesión.....12 euros.
- ✓ Reproducción asistida:
  - ✓ Aplicación de técnicas ICSY o micro inyección espermática.....360 euros.
  - ✓ Punción testicular (obtención de espermatozoides).....300 euros.
- ✓ Garantía bucodental: nos remitimos por su extensión al Suplemento anexo a las Condiciones Generales.

## 8- CONDICIONES, PLAZOS Y VENCIMIENTOS DE LAS PRIMAS

### 8.1. CUESTIONES GENERALES

La duración del seguro, salvo que se establezca otra cosa en la póliza, tiene carácter anual, prorrogable por iguales periodos de tiempo, indicándose el período de vigencia del seguro a que corresponde (toma de efecto y fecha de vencimiento).

En caso de fraccionamiento del pago la entidad aseguradora informará del importe correspondiente a cada una de las fracciones de la prima anual y del recargo que corresponda.

El pago de la prima se realizará mediante domiciliación bancaria, en la cuenta que sea designada por el tomador a estos efectos.

### 8.2. COMUNICACIÓN ANUAL DEL VENCIMIENTO DE LAS PRIMAS Y ACTUALIZACIONES

La prima de las sucesivas prórrogas podrá variar cada año y será la que resulte de aplicar las tarifas de prima que tenga establecidas la Aseguradora en cada momento, fundadas en criterios técnico-actuariales, teniendo en cuenta, en su caso, las posibles modificaciones del riesgo, la frecuencia de utilización de los servicios médicos y la incorporación a la póliza de innovaciones tecnológicas u otras mejoras.

De acuerdo con lo anterior, los incrementos de prima puedan ser ajenos al IPC general.

La Aseguradora, al menos dos meses antes del vencimiento del contrato, comunicará al Tomador del seguro el importe de la prima para el nuevo período de cobertura mediante envío del oportuno aviso de cobro del recibo.

Así mismo se informará, en su caso, en cada renovación, de las actualizaciones de capitales asegurados, prestaciones y cuadro médico.



Si la prima fijada para el nuevo período de cobertura implicase un incremento respecto de la del período precedente, el Tomador podrá dar por resuelto el mismo mediante notificación expresa a la Aseguradora, con anterioridad al vencimiento del contrato.

### **8.3. TARIFAS DE PRIMA. IDENTIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO A CONSIDERAR EN EL CÁLCULO DE LA PRIMA**

La prima aplicable en las sucesivas renovaciones de la póliza se determinará conforme a lo establecido en el apartado 8.2, teniendo en cuenta en todo caso en las tarifas los factores de riesgo edad y zona de residencia.

En contratación individual, el factor de riesgo edad provoca modificaciones en la prima año a año sin considerarse agrupaciones de tramos de tarifa.

Para consultar la tarifa completa correspondiente a todos los tramos de edad, puede acceder al siguiente enlace estando además a disposición de los asegurados en cualquiera de nuestras oficinas. Las tarifas referidas son las tarifas estándar de nueva contratación, sin aplicación de bonificaciones ni descuentos o recargos especiales.

La Aseguradora comunicará al tomador la modificación de la estructura de tramos de edad existente en el momento de la contratación.

### **8.4. CONDICIONES DE RESOLUCIÓN Y OPOSICIÓN A LA PRÓRROGA**

El contrato tendrá duración anual, salvo que en la póliza se establezca expresamente un plazo distinto, y se prorrogará automáticamente a su vencimiento por períodos anuales, salvo que:

- ✓ Alguna de las partes se oponga a la prórroga mediante notificación escrita a la otra, efectuada con un plazo de, al menos, un mes de antelación a la conclusión del periodo en curso cuando quien se oponga a la prórroga sea el tomador, y de dos meses cuando sea el asegurador.
- ✓ El Tomador se oponga a la prórroga en la forma prevista en el apartado 8.2 en caso de incremento de prima.

### **8.5. DERECHO DE REHABILITACIÓN**

En esta modalidad de seguro, no existe el derecho de rehabilitación.

### **8.6. LÍMITES Y CONDICIONES RELATIVOS A LA LIBERTAD DE ELECCIÓN DEL PRESTADOR**

Dentro del cuadro médico de este producto el asegurado podrá elegir libremente el prestador de la asistencia sanitaria entre los concertados para cada especialidad, prueba o acto médico, así como acceder a sus servicios con los límites y condiciones establecidos en la póliza, previa autorización de la Compañía en aquellos casos en los que ésta sea requerida.

A tal efecto, estará disponible en la página web de la entidad ([www.mapfre.es](http://www.mapfre.es)) el cuadro médico actualizado.

## **9- TRIBUTOS REPERCUTIBLES**

El recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros para financiar las funciones de liquidación de entidades aseguradoras.

## 10- INSTANCIAS DE RECLAMACIÓN

### 10.1. PROCEDIMIENTO PARA LA FORMULACIÓN DE QUEJAS O RECLAMACIONES

Conforme a la normativa establecida para la protección de los usuarios de los servicios financieros, en el caso de que se suscite controversia en la interpretación o ejecución del presente contrato de seguro, el Tomador del seguro, el Asegurado, los beneficiarios y los terceros perjudicados o sus derechohabientes, podrán formular reclamación o queja mediante escrito dirigido a la Dirección de Reclamaciones de MAPFRE por escrito (Apartado de correos 281-28220 Majadahonda, Madrid), o por medios electrónicos a través de la Web [www.mapfre.es](http://www.mapfre.es), de conformidad con el Reglamento para la Solución de Conflictos entre las Sociedades del Grupo MAPFRE y los Usuarios de sus Servicios Financieros, que puede consultarse en la página Web “[mapfre.es](http://mapfre.es)”, y las normas de actuación que lo resumen y que se facilitan al Tomador junto con este contrato. Le informamos igualmente de que, de no estar conforme con la resolución de su reclamación, en aquellos casos en que sea competente para intervenir el Defensor del Asegurado de acuerdo con nuestras normas, Ud. podrá solicitar la remisión de la misma a dicho Defensor.

Asimismo, podrán formular reclamaciones y quejas los clientes de la Aseguradora, así como sus derechohabientes, en relación con la actuación de sus agentes de seguros y operadores de bancaseguros, de conformidad con el Reglamento y el procedimiento antes citados.

La reclamación podrá realizarse en soporte papel o por medios informáticos, electrónicos o telemáticos, conforme a lo previsto en la legislación que les resulte aplicable y en el teléfono 900 205 009.

Desestimada dicha reclamación o queja o transcurrido el plazo de dos meses desde su presentación, el usuario podrá formular reclamación o queja ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (Paseo de la Castellana 44, 28046, Madrid; página web, [www.dgsfp.mineco.es](http://www.dgsfp.mineco.es)), a cuyo efecto, si lo solicita, pondremos a su disposición el formulario correspondiente.

Solo con la expresa conformidad de las partes, podrán someterse las diferencias derivadas de la interpretación y cumplimiento de este contrato al juicio de mediadores o árbitros, de acuerdo a la legislación vigente.

### 10.2. JURISDICCIÓN APLICABLE

El contrato queda sometido a la jurisdicción española y, dentro de ella, será Juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del mismo el del domicilio del asegurado.

## 11- LEGISLACIÓN APLICABLE

- Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.
- Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras (LOSSEAR).
- Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de Ordenación Supervisión y Solvencia de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras (ROSSEAR).

## 12- RÉGIMEN FISCAL

Las primas de seguro no son deducibles en el IRPF, excepto aquellas que puedan calificarse como remuneración a favor de terceros dentro de los gastos deducibles de los regímenes de actividades económicas. Para ser deducibles, las primas deben de ser imputadas en el Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF) a los trabajadores dependientes. Esta imputación de primas como retribución en especie está exenta en 500 euros por cada familiar de primer grado asegurado en la póliza.