

NOTA INFORMATIVA

Deber particular de información, en el caso de seguros de salud, sobre los aspectos recogidos en el Artículo 104 del Real Decreto 2486/1998, de 20 de noviembre, que aprueba el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados (ROSSP)

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 del Ministerio de Economía y Competitividad a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

2- NOMBRE DEL PRODUCTO:

Reembolso (**Condicionado general en 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:

El artículo 10 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, del Contrato de Seguro establece el deber que tiene el Tomador del seguro 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 o de las Garantías 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 en las distintas especialidades médicas cubiertas por la póliza, los procedimientos de diagnóstico y terapéuticos, los contrastes radiológicos utilizados en las exploraciones de diagnóstico por la imagen y la cirugía ambulatoria, cuando estas prestaciones se realicen en régimen ambulatorio y/o en hospitales de día.

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), de planificación familiar, de diagnóstico precoz de enfermedades de la mama, de diagnóstico precoz de enfermedades ginecológicas, de diagnóstico precoz de enfermedades coronarias, 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 y de rehabilitación cardiaca (máximo de 30 sesiones por Asegurado y año).

✓ **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 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.

✓ **Reproducción asistida:** 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 régimen ambulatorio, 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 en régimen ambulatorio (no hospitalario), 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 hospitalización, 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 hospitalización 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: programa de medicina preventiva 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 y 2 audífonos, uno para cada oído, durante toda la vigencia de la póliza, con un límite máximo de 2.000 euros cada uno), 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 hospitalización del Asegurado para el diagnóstico y/o tratamiento de enfermedades o lesiones que precisen ingreso hospitalario 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 en régimen de internamiento hospitalario, 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 hospitalización 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 de los supuestos de hospitalización por motivos obstétricos, la asistencia al parto o cesárea en régimen de hospitalización, 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, la interrupción del embarazo por las causas médicas cubiertas por la póliza y la crio-preservación de las células madre de la sangre del cordón umbilical. (S.C.U) y del tejido del cordón umbilical (TCU).

La garantía de crio-preservación de las células madre de la sangre del cordón umbilical (S.C.U) y del tejido del cordón umbilical (TCU), comprende el material sanitario para la recogida de la muestra y su procesamiento para determinación de su viabilidad previo pago de las franquicias pactadas en la póliza, y confirmada la viabilidad de la muestra, su almacenamiento y mantenimiento en un banco de células por un período máximo de 20 años.

GARANTÍAS COMPLEMENTARIAS

(contratación opcional en función de las garantías principales contratadas):

✓ **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 una franquicia.

✓ **Protección de pagos:** 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 65 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 COMPLEMENTARIAS

(contratación obligatoria en función de las garantías principales contratadas):

✓ **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 urgente en viaje en el extranjero:** 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.

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 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, salvo que hubieran sido aceptadas expresamente por la Aseguradora.

✓ Los accidentes producidos con anterioridad a la entrada en vigor de la póliza.

✓ 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, salvo en las garantías prestadas a través de reembolso de gastos.

✓ Los tratamientos experimentales y las medicinas alternativas, tales como la organometría, acupuntura, homeopatía y similares.

✓ 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 reductora y reconstructora de la mama, salvo después de mastectomía por cáncer de la mama afectada; la cirugía de la obesidad y/o bariátrica; los tratamientos e intervenciones esclerosantes venosos y los tratamientos cosméticos.

- ✓ La cirugía reconstructiva de técnicas anticonceptivas previas.
- ✓ La cirugía refractiva (miopía, astigmatismo, hipermetropía), la cirugía de la presbicia, así como los costes de gafas, lentillas y aparatos auditivos.
- ✓ El coste de los implantes cocleares, excepto el incluido en el programa del tratamiento de la sordera en niños.
- ✓ En los trasplantes de órganos, la gestión, el transporte y los gastos derivados de su obtención y conservación.
- ✓ Las piezas anatómicas ortopédicas y el material ortopédico, los injertos osteoconductores, osteoinductores e injertos celulares, así como los factores de crecimiento, las prótesis e implantes, salvo las recogidas en el Catálogo de Prótesis e Implantes y hasta el límite económico que se indica en las Condiciones Generales.
- ✓ Toda clase de productos o aparatos utilizados en la prestación de la asistencia, excepto en la prestada en los hospitales de día o en los centros médicos de urgencias, tales como: órtesis, prótesis, miembros u órganos artificiales, productos farmacéuticos, vacunas, jeringuillas, cualquier aparato ortopédico, aparatos de rehabilitación pasiva, así como los gastos de mantenimiento y reparación de los mismos y, en general, cualquier producto utilizado con fines sociales.
- ✓ Los tratamientos con cámara hiperbárica, aerosoles, oxigenoterapia, ventiloterapia y rayos PUVA, salvo si se utilizan los servicios concertados por la Aseguradora. CPAP, BIPAP, los monitores de apnea, vacunas y tratamientos farmacológicos.
- ✓ La infección por el virus de inmunodeficiencia humana (SIDA) y el tratamiento del alcoholismo y la drogadicción.
- ✓ La medicación complementaria de los tratamientos quimioterápicos.
- ✓ Cirugías preventivas, chequeos, exámenes médicos generales de carácter preventivo, excepto los Incluidos en los programas de Medicina Preventiva expresamente pactados en la póliza, siempre que se utilicen los Servicios concertados por la Entidad.
- ✓ Los empastes, endodoncias, periodoncias, ortodoncias, prótesis e implantes y demás tratamientos dentales, salvo que se haya contratado la Garantía Bucodental y se utilicen los Servicios Concertados 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 concurren las circunstancias establecidas para enfermos en régimen de Hospitalización a Domicilio, según lo recogido en el apartado "Servicio de Ambulancia", así como los gastos de desplazamiento originados para asistir a centros médicos y hospitales fuera de la localidad de residencia del Asegurado.
- ✓ Las consecuencias de la tentativa de suicidio o autolesión.
- ✓ Las consecuencias de la participación del Asegurado en carreras o apuestas y las producidas por 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.
- ✓ La participación directa del Asegurado en actos delictivos, alborotos, reyertas o riñas, salvo que el Asegurado hubiera actuado en legítima defensa.

- ✓ Las enfermedades o accidentes que sean consecuencia de actos de guerra (haya o no declaración de guerra), actos de terrorismo, insurrecciones, tumultos populares, movimientos sísmicos, inundaciones, huracanes, erupciones volcánicas, consecuencias directas o indirectas de la radiación nuclear o contaminación radioactiva y otros fenómenos que sean declarados de carácter catastrófico o extraordinario, así como 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 e 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 concurren circunstancias de tipo social.
- ✓ La hospitalización en procesos psiquiátricos crónicos, test psicológicos, psicoanálisis, hipnosis, sofrología y narcolepsia, rehabilitación psicosocial o neuropsicológica realizada durante la hospitalización del paciente.
- ✓ La asistencia sanitaria y/o los gastos correspondientes a la atención de recién nacidos, salvo que se incluyan en la póliza, según lo dispuesto en las presentes Condiciones Generales.
- ✓ 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.
- ✓ La interrupción voluntaria del embarazo, así como toda asistencia sanitaria y reembolso de gastos 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 1. 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.

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).

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, 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, y la prestación de crio-preservación de las células madre de la sangre y del tejido del cordón umbilical.

✓ **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).

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 139.813,74 euros.

Garantías Extrahospitalarias de Reembolso

- ✓ Máximo por Asegurado y anualidad 18.176,26 euros.
- ✓ Por cada consulta médica primaria pediatría 179,00 euros.
- ✓ Por cada consulta de especialista 267,26 euros.
- ✓ Por revisión ginecológica o urológica anual 293,68 euros.
- ✓ Por revisión oftalmológica anual 267,26 euros.
- ✓ Embarazo 3.568,31 euros.

Garantías Hospitalarias de Reembolso

- ✓ Máximo por Asegurado y anualidad..... 121.637,49 euros.
- ✓ Máximo por dolencia y anualidad 41.943,83 euros.
- ✓ Estancia día habitación 321,96 euros.
- ✓ Estancia día UVI 629,19 euros.
- ✓ Parto normal 3.844,95 euros.
- ✓ Cesárea 5.354,89 euros.

Gran Cobertura

- ✓ Límite Gran Cobertura 682.382,08 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.
- ✓ **En Crio-preservación de las Células Madre del cordón umbilical:**
 - a) De la Sangre (SCU)
 - Kit de extracción, Estudio de viabilidad y Almacenamiento..... 1.190 Euros.
 - b) De la Sangre y del Tejido (SCU y TCU)
 - Kit de extracción, Estudio de viabilidad y Almacenamiento..... 1.515 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:

CUESTIONES GENERALES:

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

En caso de fraccionamiento la entidad aseguradora informará de la prima correspondiente a cada una de las fracciones de la anualidad.

EVOLUCIÓN ANUAL DE LA PRIMA:

Las causas más frecuentes para la determinación de la prima en los años sucesivos son la actualización de la tarifa, tal y como se recoge 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 (artículo 25), los factores de riesgo edad, y zona de residencia, la frecuencia de utilización de los servicios médicos y, en su caso, la incorporación a la póliza de las innovaciones tecnológicas de nueva aparición.

En contratación individual, el factor de riesgo edad provoca modificaciones en la prima año a año sin considerarse agrupaciones de tramos de tarifa. En cada renovación, la Aseguradora podrá modificar o ampliar los factores de riesgo que permitan valorar adecuadamente la siniestralidad por Asegurado.

COMUNICACIÓN ANUAL DEL VENCIMIENTO DE LAS PRIMAS:

De acuerdo con lo anterior, existe la posibilidad de que 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.

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.

RENOVACIONES:

El contrato 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 anterior.

La renovación del seguro, salvo oposición de alguna de las partes, es vitalicia, excepto para la Garantía Gran Cobertura que se extinguirá automáticamente cuando el Asegurado cumpla la edad de 70 años.

TRIBUTOS REPERCUTIBLES:

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

9- INSTANCIAS DE RECLAMACIÓN:

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, a cuyo efecto éste designará uno en España si estuviese domiciliado en el extranjero.

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 mediante escrito dirigido a la Dirección de Reclamaciones de MAPFRE por carta (**Apartado de correos 281-28220 Majadahonda, Madrid**) o por correo electrónico (**reclamaciones@mapfre.com**) 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**", y a las normas de actuación que lo resumen y que se facilitan al Tomador junto con este contrato.

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 Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de Firma Electrónica y en el teléfono **900.205.009**.

Desestimada dicha reclamación o transcurrido el plazo de dos meses a contar desde la fecha en que el reclamante la haya presentado, podrá éste formular reclamación ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (**Paseo de la Castellana 44, 28046, Madrid**); correo electrónico: **reclamaciones.seguros@mineco.es**, Oficina virtual: **oficinavirtual.dgsfp.@mineco.es**.

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 con la legislación vigente.

10- LEGISLACIÓN APLICABLE:

El contrato de seguro se rige por lo establecido en las Condiciones Generales, Particulares y Especiales y, salvo en pacto en contrario que resulte más beneficioso para el Asegurado, por la Ley de Contrato de Seguro (Ley 50/1980, de 8 de Octubre), el Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de Seguros Privados (Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de Octubre) y el Reglamento de Ordenación y Supervisión de Seguros Privados (Real Decreto 2486/98, de 20 de Noviembre).

11- 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.