

Coberturas

Muerte por accidente

I. OBJETO DE LA COBERTURA

Mediante la presente cobertura el Asegurador se obliga al pago de la suma asegurada establecida en las Condiciones Particulares, a favor del beneficiario, si como consecuencia de un accidente cubierto se produce el fallecimiento del Asegurado.

Extensión de la cobertura al cónyuge del Asegurado:

Tras el fallecimiento del Asegurado por accidente cubierto, su cónyuge o pareja de hecho (si ésta figura como beneficiario del contrato de seguro en caso de fallecimiento), quedará automáticamente amparado por la presente cobertura, en las mismas condiciones aseguradas y por la mitad de la suma asegurada, desde el momento del accidente hasta el fin del periodo de cobertura del último recibo pagado de la póliza. Alcanzada la fecha de término de la prima consumida, dentro de la anualidad en que ha ocurrido el accidente del Asegurado, la presente extensión de la cobertura pierde su vigencia.

II. REGULACIÓN DE LA COBERTURA

a) La prestación derivada de esta cobertura tendrá validez únicamente en el ámbito en el que está contratada, y que figura en las Condiciones Particulares de la presente póliza.

b) Acreditación de accidente.- Corresponde al Tomador o beneficiario la acreditación de la documentación por la cual se resuelve que el fallecimiento del Asegurado se ha producido por causa de un accidente cubierto por la póliza.

c) La indemnización por esta cobertura no es acumulable a otras prestaciones aseguradas.- El pago de la indemnización por causa del fallecimiento del Asegurado excluye automáticamente el pago de cualquier otra cobertura garantizada en el contrato, sobre el mismo Asegurado.

No obstante lo anterior, si con anterioridad al fallecimiento el Asegurador hubiera pagado una indemnización por causa de invalidez permanente del Asegurado, a consecuencia del mismo accidente, y no hubiese transcurrido más de un año desde su ocurrencia, el Asegurador indemnizará la diferencia entre la suma asegurada en caso de fallecimiento y el importe ya pagado por la invalidez, si éste último fuese inferior.

d) Fallecimiento de ambos cónyuges por un mismo accidente.- No entrará en vigor la extensión de la cobertura al cónyuge o pareja de hecho del Asegurado, si ambos fallecen a causa del mismo accidente, aunque la fecha de fallecimiento del cónyuge o pareja de hecho sea posterior a la del Asegurado.

e) Anticipo.- A cuenta de la indemnización total, el Beneficiario, caso de constar designación expresa y previa presentación del Certificado literal de Defunción original, podrá solicitar del

Asegurador un anticipo de hasta el veinticinco por ciento de la suma asegurada para esta cobertura, siempre que el importe se destine a cubrir exclusivamente el gasto derivado del Impuesto de Sucesiones y Donaciones. En ningún caso el anticipo podrá ser superior a tres mil euros y siempre será pagado en España.

Caso de no existir designación expresa de beneficiarios, el anticipo señalado en el párrafo anterior se hará efectivo, con las limitaciones anteriormente expuestas, una vez obre en poder del Asegurador la documentación fehaciente que demuestre la condición de los Beneficiarios y el mencionado Certificado literal de Defunción original.

f) Impuesto de Sucesiones y Donaciones.- El Asegurador, mientras no sea liquidada la deuda tributaria de esta indemnización de forma fehaciente, queda autorizado a retener aquella parte de la indemnización que, de acuerdo con las circunstancias por él conocidas, se estime la deuda tributaria resultante en la liquidación de ese Impuesto.

f) Carácter de la prima.- Declarado el siniestro de fallecimiento, el Tomador no tendrá derecho a ser reembolsado por la parte proporcional de prima no consumida de esta cobertura.

III. DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN CASO DE SINIESTRO

Para obtener la indemnización, el Tomador o el Beneficiario deberán remitir al Asegurador los documentos justificativos siguientes:

a) Certificado Médico Oficial original en el que se detallarán las circunstancias y causas del fallecimiento o en su caso, testimonio completo de las Diligencias Judiciales e informe del forense, así como, si se ha practicado, resultado de la autopsia y pruebas clínicas complementarias.

b) Certificado literal de Defunción del Registro Civil.

c) Certificado del Registro de Actos de Últimas voluntades y copia en su caso del último testamento del Asegurado.

d) Documentos que acrediten la personalidad y, en su caso, la condición de Beneficiario.

e) Carta de Pago o exención del Impuesto de Sucesiones y Donaciones, debidamente cumplimentado por el organismo competente en cada comunidad autónoma del Estado Español, haciendo constar el número de póliza y el capital asegurado o declaración de exención.

IV. LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN

El límite máximo de indemnización para esta cobertura, a cargo del Asegurador, es la cantidad indicada en las Condiciones Particulares de la póliza.

Coberturas

Invalidez Permanente por accidente (Baremo póliza)

I. OBJETO DE LA COBERTURA

Mediante la presente cobertura el Asegurador se obliga al pago de la indemnización que corresponda según las normas del apartado II siguiente, si como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza el Asegurado sufre la pérdida anatómica o funcional de miembros y/u órganos.

Para que dicha pérdida pueda considerarse como invalidez permanente deberá cumplirse la condición de que haya transcurrido el tiempo suficiente para permitir la posible recuperación de la funcionalidad de estos miembros y/u órganos y que no sean susceptibles de mejoría mediante tratamiento médico o quirúrgico,

resultando, por tanto, dicha situación o pérdida como definitiva.

Para la valoración de la invalidez permanente no se tendrá en cuenta la repercusión producida en las actividades del Asegurado.

II. REGULACIÓN DE LA COBERTURA

a) **Baremo.-** La indemnización a pagar se fijará mediante la aplicación, sobre el capital asegurado para esta cobertura que se indica en las Condiciones Particulares de la póliza, de los porcentajes establecidos en el baremo de lesiones que a continuación se transcribe:

	Porcentaje de Invalidez
Estado vegetativo permanente.....	100 %
Demencia incurable.....	100 %
Tetraplejía o parálisis completa de las cuatro extremidades.....	100 %
Paraplejía completa	100 %
Hemiplejía completa.....	100 %
Pérdida total de los dos ojos o pérdida absoluta de la visión.....	100 %
Pérdida de un ojo o de la visión total de un ojo.....	32 %
Pérdida total de la capacidad de hablar por trastornos de la voz o articulación del habla.....	35 %
Sordera bilateral.....	40 %
Sordera unilateral.....	11%
Amputación total de extremidad superior.....	49 %
Amputación a nivel de codo	47 %
Pérdida total de ambas manos.....	100 %
Amputación de la mano.....	44 %
Pérdida de los cinco dedos de la mano.....	44 %
Pérdida del dedo pulgar de la mano	18 %
Pérdida del dedo índice o medio de la mano.....	9 %
Pérdida otro dedo de la mano.....	4 %
Anquilosis de la columna vertebral en todos los planos:	
Completa.....	43 %
Segmento cervical.....	32 %
Segmento dorsal.....	6 %
Segmento lumbar.....	10 %
Pérdida total de ambas extremidades inferiores.....	100 %
Amputación total de extremidad inferior.....	40 %
Amputación de un pie.....	25 %
Amputación del dedo gordo del pie.....	5 %

Los porcentajes que anteriormente se indican expresan el valor máximo de la pérdida anatómica o déficit del órgano afectado. Cuando la pérdida no sea total o no esté prevista en el anterior baremo, el porcentaje de invalidez permanente se determinará mediante la aplicación exclusiva del baremo para la determinación del porcentaje de discapacidad originada por deficiencias permanentes descrito en el apartado A) del anexo I del Real Decreto 1971/1999, del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, de 23 de diciembre, publicado en el Boletín Oficial del Estado del 26 de enero del 2000.

Caso de modificarse, ampliarse, complementarse o sustituirse el mencionado baremo no tendrá ningún efecto sobre esta póliza, salvo pacto en

contrario expresamente indicado en las Condiciones Particulares, manteniéndose por tanto lo establecido en dicho Real Decreto 1971/1999.

Esta remisión parcial a la normativa del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales es únicamente a efectos de la determinación del porcentaje de invalidez permanente en esta póliza siempre que el accidente esté amparado por la misma.

Para la determinación de los anteriores porcentajes de invalidez permanente no se tendrán en cuenta ni la profesión ni la edad del asegurado ni los factores sociales ni ningún otro factor ajeno al baremo.

La determinación del grado de invalidez permanente será realizada conforme a lo

Coberturas

Invalidez Permanente por accidente (Baremo póliza)

establecido en la Condición General "Tasación y liquidación de la indemnización" en el apartado "Determinación del grado de invalidez".

b) **Pérdida funcional.**- La pérdida absoluta e irremediable de la funcionalidad de un órgano o de una extremidad se considera como su pérdida anatómica.

c) **Concurrencia de Invalideces Permanentes en un órgano.**- La concurrencia de invalideces permanentes parciales en un mismo miembro u órgano no podrá ser superior al porcentaje establecido para su pérdida total.

d) **Pérdida de varios órganos.**- En caso de pérdida anatómica o funcional de más de un órgano o extremidad el porcentaje de invalidez permanente parcial se establecerá mediante las tablas de valores combinados comprendidas en la normativa indicada en el apartado a). En ningún caso el porcentaje de invalidez permanente podrá superar el límite del cien por cien.

e) **Invalideces Permanentes preexistentes.**- Si con anterioridad al accidente algún miembro u órgano presentara amputaciones o limitaciones funcionales, el porcentaje de invalidez será la diferencia entre el que resulte después del accidente y el de la invalidez permanente preexistente.

f) **Estabilidad en la Invalidez Permanente.**- La situación de invalidez permanente será indemnizable a partir del momento en que merezca la consideración de estable y definitiva mediante dictamen médico y siempre que las constantes vitales del Asegurado no sean mantenidas artificialmente.

g) **Criterios no vinculantes.**- Para la evaluación de la invalidez permanente no serán vinculantes las resoluciones de la Seguridad Social, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO) u otros organismos sociales, las sentencias judiciales dictadas en jurisdicciones distintas de la civil ordinaria o los dictámenes emitidos por otras entidades aseguradoras o sanitarias.

h) **Reconocimiento médico del Asegurado.**- El Asegurado para tener derecho a esta prestación, se obliga a permitir que el asegurador pueda realizar los reconocimientos médicos que estime necesarios en él, a través del Perito Médico nombrado por el Asegurador, así como facilitarle toda la documentación clínica referida al accidente.

i) **Fallecimiento del Asegurado.**- Si a consecuencia de un mismo accidente, después de fijada la invalidez permanente, sobreviniere el fallecimiento del Asegurado, las cantidades satisfechas por el Asegurador por la cobertura de invalidez permanente, se considerarán a cuenta de la suma asegurada para el caso de fallecimiento, si la cobertura de fallecimiento estuviera contratada en la presente póliza.

j) **Exclusión de Invalideces Permanentes Parciales.**- Únicamente se indemnizarán las invalideces permanentes parciales que superen el porcentaje establecido en las Condiciones Particulares. Si el porcentaje indemnizable es superior no se efectuará deducción por tal concepto.

Esta exclusión de invalideces permanentes parciales ha de estar acordada con el Tomador del seguro y, por tanto, especificada en las Condiciones Particulares.

III. DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN CASO DE SINIESTRO

Para obtener la indemnización, el Tomador o el Asegurado, deberán remitir al Asegurador los documentos justificativos que se indican a continuación:

a) Documentación clínica donde se recojan causas, lesiones sufridas, evolución y cualquier otra prueba complementaria necesaria para la determinación del grado de invalidez.

b) Caso de existir, aportación de las diligencias judiciales o documentos que acrediten las causas que han provocado el accidente.

c) En el caso de que deba practicarse retención en la indemnización y únicamente a efectos fiscales, ya que esta póliza no utiliza los mismos criterios en la determinación del porcentaje de invalidez permanente, certificado o resolución de Invalidez del Instituto de Migraciones y Servicios Sociales u órgano competente en la Comunidad Autónoma.

IV. LÍMITE DE INDEMNIZACIÓN

El límite máximo de indemnización para esta cobertura, a cargo del Asegurador, es la cantidad indicada en las Condiciones Particulares de la póliza.

Coberturas

Asistencia Sanitaria por accidente (cobertura básica)

I. OBJETO DE LA COBERTURA

Mediante la presente cobertura el Asegurador se obliga al pago de los gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos, de rehabilitación, de estancia y manutención en hospitales, clínicas o sanatorios, y transporte sanitario, si como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza el Asegurado precisa de asistencia sanitaria, siendo dichos gastos necesarios para la curación y prescritos por un médico.

Esta cobertura incluye asimismo:

- a) El reembolso de los gastos de la primera prótesis que se le practique al Asegurado para corregir las lesiones residuales, derivadas del accidente, **pero no sus reposiciones.**

Se entiende por prótesis toda pieza o aparato utilizado como reemplazo anatómico de un órgano o parte de un órgano.

- b) El reembolso de los gastos de adquisición de elementos ortoprotésicos (Ortesis), como tratamiento conservador para la recuperación de las lesiones derivadas del accidente cubierto, **siempre que esté autorizado previamente por el Asegurador.**

II. REGULACIÓN DE LA COBERTURA

a) **Periodo de indemnización.** La fecha de inicio del período de asistencia sanitaria es la fecha de ocurrencia del accidente, y la fecha límite de la cobertura finaliza a los dos años naturales (ininterrumpidos) a contar desde la fecha de ocurrencia del accidente.

b) **Coexistencia de seguros.** Esta garantía tiene por objeto resarcir el importe de los gastos sanitarios del accidente, según se han definido anteriormente, no pudiendo representar cualquier lucro o beneficio para el Asegurado.

Por ello, cuando el Asegurado tenga cubierta esta garantía mediante otros contratos de seguro, el Asegurador contribuirá al abono de los gastos de asistencia sanitaria en la proporción que exista entre la garantía por él otorgada y la totalidad de las coberturas contratadas por el Asegurado.

En cualquier caso, los gastos de asistencia sanitaria amparados por esta cobertura no podrán ser reclamados si los mismos han sido atendidos por otro seguro.

III. DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN CASO DE SINIESTRO

En caso de siniestro, el Tomador del seguro o el Asegurado deberán presentar al Asegurador los documentos justificativos que se indican a continuación:

- a) Informes de la asistencia sanitaria efectuada al Asegurado.
- b) Facturas originales del tratamiento médico recibido y los justificantes originales de los gastos producidos, que hubiesen sido abonados por el Tomador o Asegurado.

IV. LÍMITES DE INDEMNIZACIÓN Y FRANQUICIA

a) **La cuantía máxima a indemnizar, en cualquier circunstancia, es la suma asegurada indicada en las Condiciones Particulares de la póliza para esta cobertura.**

En el caso de contratarse la cobertura con suma asegurada "ilimitada", el Asegurador se hará cargo de los siguientes límites:

1. El total de las prestaciones sanitarias garantizadas **siempre y cuando éstas sean efectuadas por profesionales o centros médicos designados o aceptados expresamente por el Asegurador.**
2. El cincuenta por ciento de los gastos médicos generados, si el Asegurado acude a centros o profesionales de libre elección, no designados o aceptados por el Asegurador, si están situados en España o Andorra. Ese mismo porcentaje será de aplicación a los casos en que el Asegurado desee acudir a un centro médico en un país, fuera de España o Andorra, distinto al de la ocurrencia del accidente.
3. En accidentes ocurridos fuera de España o Andorra, los gastos médicos generados quedan garantizados íntegramente hasta los primeros 6.000 euros, si se efectúan en el mismo país donde ocurrió el accidente cubierto. Caso que superen ese importe, el Asegurador se hará cargo del cincuenta por ciento de los gastos justificados, en exceso de los 6.000 euros iniciales.

No obstante lo expresado en el párrafo anterior, caso de continuar la curación o rehabilitación en España o Andorra, a través de profesionales o centros designados o aceptados por el Asegurador, éste se hará cargo de los gastos sanitarios una vez ya deducida la cuantía indemnizada por la asistencia sanitaria en el extranjero.

b) **Franquicia.**- Si la cobertura se hubiese concertado con franquicia, según se indica en las Condiciones Particulares, el importe de ésta se deducirá del total de la indemnización en cada siniestro.

c) **No obstante lo indicado en el primer apartado a),** si los gastos se derivan de una asistencia sanitaria urgente o de primeros auxilios (incluido el traslado sanitario), dichos gastos serán íntegramente abonados por el Asegurador, con independencia del médico o centro que los presten o lugar de ocurrencia del accidente, y sin aplicación de franquicia.

Coberturas

Asistencia Sanitaria por accidente (cobertura básica)

A efectos de esta cobertura se entiende por traslado sanitario de urgencia, el transporte del accidentado que se realiza ante una situación clínica que obliga a atención sanitaria inmediata, e implica riesgo vital o daño irreparable para la salud, hasta un centro sanitario que pueda atender de forma óptima la situación de urgencia derivada del accidente.

d) Los gastos de transporte del Asegurado para seguir un tratamiento ambulatorio, cuando sean objetivamente necesarios y mediante autorización expresa del Asegurador, quedarán incluidos **hasta un límite máximo de 750 euros por siniestro**.

A efectos de esta cobertura, se entiende por transporte para tratamiento ambulatorio el que se realiza con motivo de la recuperación de las lesiones sufridas por las personas accidentadas que, por imposibilidad física u otras causas exclusivamente clínicas, no pueden utilizar un transporte ordinario.

e) Los gastos de primera prótesis no excederán del 50 por ciento del capital contratado para asistencia sanitaria. En el caso de contratarse la cobertura con suma asegurada "ilimitada", **estos gastos de primera prótesis quedarán garantizados hasta un máximo de 6.000 euros por siniestro**.

f) Los gastos derivados de la adquisición de elementos ortoprotésicos (Ortesis), serán reembolsados por parte del Asegurador **hasta un máximo de 300 euros por siniestro**.

g) La cuantía total de gastos a indemnizar por el Asegurador, incluidos en los especificados en los anteriores apartados a) hasta f), **no excederá en ningún caso la suma asegurada por esta cobertura**.

V. EXCLUSIONES

Quedan excluidos los gastos de:

a) **Búsqueda, localización y salvamento del Asegurado.**

b) **Hospitalización a consecuencia de practicar una cirugía plástica reparadora o estética.**

Se entiende por cirugía plástica reparadora la que va dirigida a corregir deformaciones o cicatrices en la superficie corporal de la persona, derivada de un accidente y tendente a restituir el aspecto que tenía antes de producirse el accidente.

Se entiende por cirugía estética la que tiene por objetivo modificar el aspecto corporal del Asegurado no alterado como consecuencia de un accidente.

c) **Adquisición de prótesis dentales, o la sustitución o implantación de piezas dentales.**

d) **Adquisición, reparación o sustitución de gafas, lentillas y otros aparatos correctores de la visión o audición, aún a consecuencia de accidente.**

e) **Elementos ortoprotésicos (Ortesis) adquiridos como tratamiento conservador o correctivo de cualquier patología no relacionada con el siniestro cubierto.**

f) **Daños en prótesis preexistentes**

g) **Reposición del equipaje, ropa y efectos personales del Asegurado, dañados por el accidente.**

h) **No sanitarios, derivados de la estancia en hospitales o centros asistenciales.**

i) **Los que atiendan a lesiones excluidas en las condiciones generales de la póliza, a pesar de ser producidas por un accidente cubierto por la misma.** No obstante, quedarán cubiertos los gastos asistenciales derivados del accidente hasta tanto este tipo de lesiones no haya sido diagnosticado por el centro sanitario o médico interviniente, si esto se produce después de la declaración del siniestro al Asegurador.

Coberturas

Asistencia Sanitaria por accidente (cobertura amplia)

I. OBJETO DE LA COBERTURA

Mediante la presente cobertura el Asegurador se obliga al pago de los gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos, de rehabilitación, de estancia y manutención en hospitales, clínicas o sanatorios, y transporte sanitario, si como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza el Asegurado precisa de asistencia sanitaria, siendo dichos gastos necesarios para la curación y prescritos por un médico.

Esta cobertura incluye asimismo:

1. Primera prótesis.- Se garantiza el importe de los gastos de la primera prótesis que se le practique al Asegurado para corregir las lesiones residuales, derivadas del accidente, **pero no sus reposiciones.**

Se entiende por prótesis toda pieza o aparato utilizado como reemplazo anatómico de un órgano o parte de un órgano.

2. Cirugía plástica reparadora.- Se garantiza el pago de los gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos, de estancia en hospitales, clínicas o sanatorios, si como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza, el Asegurado precisa someterse a una o varias operaciones de cirugía plástica reparadora necesarias para reparar el posible daño estético, **siempre que las mismas sean ordenadas por prescripción médica.**

Se entiende por cirugía plástica reparadora, la que va dirigida a corregir deformaciones o cicatrices en la superficie corporal de la persona, derivadas de un accidente, y tendentes a restituir el aspecto que tenía antes de producirse dicho accidente.

3. Reparación o sustitución de piezas o prótesis dentales.- Quedan garantizados los gastos derivados de la reparación y/o el reemplazo de aquella prótesis dental que hubiese sido dañada a consecuencia del accidente cubierto, inclusive la implantación de piezas dentales por la misma causa.

4. Gastos no sanitarios, relacionados con el accidente.- Quedan amparados los importes destinados a servicios de atención personal, durante la estancia en habitación de hospitales o centros asistenciales; tales como teléfono, TV, alquiler de caja fuerte o sofá-cama para acompañante, entre otros.

5. Terapia física.- Se incluyen las sesiones de de terapia física o alternativa, **hasta un número máximo de cinco**, a las cuales decidiera acudir el Asegurado bien durante el periodo de convalecencia o bien, tras la recuperación total de las lesiones producidas tras el accidente cubierto.

Por terapia física o alternativa, se entiende aquellos tratamientos especiales relacionados con la medicina natural, fisioterapia, masajes, acupuntura, yoga, hidroterapia, osteopatía, quiropraxia, homeopatía, y similares.

6. Gastos de búsqueda, localización y salvamento (rescate).- Se garantiza el reembolso de los gastos que deban satisfacerse y sean consecuencia de las operaciones de búsqueda, localización y salvamento del Asegurado, tras sufrir un accidente.

El reembolso se hará contra la presentación de los documentos justificativos originales de los pagos satisfechos por esos servicios, y dentro del límite previsto en el punto IV. (Límites de indemnización y franquicia), apartado j) de esta cobertura.

No quedan comprendidos en esta definición los gastos de transporte sanitario urgente o de emergencia, los cuales están garantizados según lo definido en el punto IV. apartado c) de la presente cobertura .

7. Elementos ortoprotésicos (Ortesis).- El reembolso de los gastos de adquisición de elementos ortoprotésicos (Ortesis), como tratamiento conservador para la recuperación de las lesiones derivadas del accidente cubierto, **siempre que esté autorizado previamente por el Asegurador.**

II. REGULACIÓN DE LA COBERTURA

a) **Periodo de indemnización.** La fecha de inicio del periodo de asistencia sanitaria es la fecha de ocurrencia del accidente, y la fecha límite de la cobertura finaliza a los dos años naturales (ininterrumpidos) a contar desde la fecha de ocurrencia del accidente.

b) **Coexistencia de seguros.** Esta garantía tiene por objeto resarcir el importe de los gastos sanitarios del accidente, según se han definido anteriormente, no pudiendo representar cualquier lucro o beneficio para el Asegurado. Por ello, cuando el Asegurado tenga cubierta esta garantía mediante otros contratos de seguro, el Asegurador contribuirá al abono de los gastos de asistencia sanitaria en la proporción que exista entre la garantía por él otorgada y la totalidad de la coberturas contratadas por el Asegurado.

En cualquier caso, los gastos de asistencia sanitaria amparados por esta cobertura no podrán ser reclamados si los mismos han sido atendidos por otro seguro.

c) **Determinación de la necesidad de cirugía plástica reparadora.** La efectividad de la cobertura, el establecimiento de la necesidad y posible recuperación del daño estético ha de ser determinado por escrito por un especialista, y debe informarse al Asegurador antes de procederse a la operación de cirugía, quedando libre el Asegurador de toda responsabilidad referida a la intervención, tratamiento y resultado.

Coberturas

Asistencia Sanitaria por accidente (cobertura amplia)

III. DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN CASO DE SINIESTRO

En caso de siniestro, el Tomador del seguro o el Asegurado deberán presentar al Asegurador los documentos justificativos que se indican a continuación:

- a) Informes de la asistencia sanitaria efectuada al Asegurado.
- b) Facturas originales del tratamiento médico recibido y los justificantes originales de los gastos producidos, que hubiesen sido abonados por el Tomador o Asegurado.

IV. LÍMITES DE INDEMNIZACIÓN Y FRANQUICIA

a) **La cuantía máxima a indemnizar, en cualquier circunstancia, es la suma asegurada indicada en las Condiciones Particulares de la póliza para esta cobertura.**

En el caso de contratarse la cobertura con suma asegurada "ilimitada", **el Asegurador se hará cargo de los siguientes límites:**

1. El total de las prestaciones sanitarias garantizadas **siempre y cuando éstas sean efectuadas por profesionales o centros médicos designados o aceptados expresamente por el Asegurador.**
2. El cincuenta por ciento de los gastos médicos generados, si el Asegurado acude a centros o profesionales de libre elección, no designados o aceptados por el Asegurador, si están situados en España o Andorra. Ese mismo porcentaje será de aplicación a los casos en que el Asegurado desee acudir a un centro médico en un país, fuera de España o Andorra, distinto al de la ocurrencia del accidente.
3. En accidentes ocurridos fuera de España o Andorra, los gastos médicos generados quedan garantizados íntegramente hasta los primeros 6.000 euros, si se efectúan en el mismo país donde ocurrió el accidente cubierto. Caso que superen ese importe, el Asegurador se hará cargo del cincuenta por ciento de los gastos justificados, en exceso de los 6.000 euros iniciales.

No obstante lo expresado en el párrafo anterior, caso de continuar la curación o rehabilitación en España o Andorra, a través de profesionales o centros designados o aceptados por el Asegurador, éste se hará cargo de los gastos sanitarios una vez ya deducida la cuantía indemnizada por la asistencia sanitaria en el extranjero.

b) **Franquicia.**- Si la cobertura se hubiese concertado con franquicia, según se indica en las Condiciones Particulares, **el importe de ésta se deducirá del total de la indemnización en cada siniestro.**

c) **No obstante lo indicado en el primer apartado a)**, si los gastos se derivan de una asistencia sanitaria urgente o de primeros auxilios (incluido el traslado sanitario), dichos gastos serán íntegramente abonados por el Asegurador, con independencia del

médico o centro que los presten o lugar de ocurrencia del accidente, y sin aplicación de franquicia.

A efectos de esta cobertura se entiende por traslado sanitario de urgencia, el transporte del accidentado que se realiza ante una situación clínica que obliga a atención sanitaria inmediata, e implica riesgo vital o daño irreparable para la salud, hasta un centro sanitario que pueda atender de forma óptima la situación de urgencia derivada del accidente.

d) **Los gastos de transporte del Asegurado para seguir un tratamiento ambulatorio**, cuando sean objetivamente necesarios y mediante autorización expresa del Asegurador, quedarán incluidos **hasta un límite máximo de 750 euros por siniestro.**

A efectos de esta cobertura, se entiende por transporte para tratamiento ambulatorio el que se realiza con motivo de la recuperación de las lesiones sufridas por las personas accidentadas que, por imposibilidad física u otras causas exclusivamente clínicas, no pueden utilizar un transporte ordinario.

e) **Los gastos de primera prótesis no excederán del 50 por ciento del capital contratado para la cobertura de Asistencia sanitaria.** En el caso de contratarse la cobertura con suma asegurada "ilimitada", estos gastos de primera prótesis quedarán garantizados hasta un máximo de 6.000 euros por siniestro.

f) **Los gastos de Cirugía Plástica Reparadora no excederán del 50 por ciento del capital contratado para la cobertura de Asistencia sanitaria.** En el caso de contratarse la cobertura con suma asegurada "ilimitada", estos gastos quedarán cubiertos hasta un máximo de 6.000 euros por siniestro.

g) **El coste de sustitución o reparación de piezas, implantes o prótesis dentales**, a cargo del siniestro, queda garantizado hasta un máximo de 1.500 euros.

h) **Los gastos no sanitarios, relacionados con el accidente**, quedan cubiertos hasta el 10% del importe total satisfecho por la asistencia hospitalaria prestada, siempre que se acredite el pago de la factura correspondiente por parte del Tomador o Asegurado.

i) **El coste de las sesiones de terapia física no excederá el importe de 300 euros**, con cargo al Asegurador.

j) **Los gastos de búsqueda, localización y salvamento (rescate)** a consecuencia del siniestro, se reembolsarán hasta un importe máximo de 3.000 euros.

k) **Los gastos derivados de la adquisición de elementos ortoprotésicos (Ortesis)**, serán reembolsados por parte del Asegurador hasta un máximo de 300 euros por siniestro.

l) **La cuantía total de gastos a indemnizar por el Asegurador, incluidos en los anteriores apartados a) hasta k)**, no excederá en ningún caso la suma asegurada por esta cobertura.

Coberturas

Asistencia Sanitaria por accidente (cobertura amplia)

V. EXCLUSIONES

Quedan excluidos los gastos de:

a) Hospitalización a consecuencia de practicar una cirugía estética.

Se entiende por **cirugía estética** la que tiene por objetivo modificar el aspecto corporal del Asegurado no alterado como consecuencia de un accidente.

b) Adquisición, reparación o sustitución de gafas, lentillas y otros aparatos correctores de la visión o audición, aún a consecuencia de accidente.

c) Reposición del equipaje, ropa y efectos personales del Asegurado, dañados por el accidente.

d) Elementos ortoprotésicos (Ortesis) adquiridos como tratamiento conservador o correctivo de cualquier patología no relacionada con el siniestro cubierto.

e) Los que atiendan a lesiones excluidas en las condiciones generales de la póliza, a pesar de ser producidas por un accidente cubierto por la misma. No obstante, quedarán cubiertos los gastos asistenciales derivados del accidente hasta tanto este tipo de lesiones no haya sido diagnosticado por el centro sanitario o médico interviniente, si esto se produce después de la declaración del siniestro al Asegurador.



Coberturas

Defensa Jurídica básica

I. RIESGOS CUBIERTOS

I.1 - Objeto de la cobertura

El Asegurador asume los gastos derivados de la defensa jurídica de los intereses del Asegurado en el ámbito de su vida particular y en su calidad de asalariado o profesional por cuenta propia, así como otras prestaciones cubiertas en este grupo de garantías, con las limitaciones y exclusiones que más adelante se indican.

I.2 - Prestaciones del Asegurador

Son gastos garantizados:

- Las tasas, derechos y costas judiciales derivados de la tramitación de los procedimientos cubiertos.
- Los honorarios y gastos de abogado.
- Los derechos y sueldos de procurador, cuando su intervención sea preceptiva.
- Los gastos notariales y de otorgamiento de Poderes para Pleitos, así como las Actas, Requerimientos y demás actos necesarios para la defensa de los intereses del Asegurado.
- Los honorarios y gastos de peritos designados o autorizados por el Asegurador.
- La constitución, en procesos penales, de las fianzas exigidas para conseguir la libertad provisional del Asegurado, así como para responder del pago de las costas judiciales, con exclusión de indemnizaciones y multas.

I.3 - Delimitación geográfica de la cobertura

Con relación a las garantías de la presente cobertura, se garantizan los eventos asegurados producidos en España o en Andorra y que sean competencia de juzgados y tribunales españoles o andorranos. En materia de reclamación de daños y derecho penal, la cobertura se hace extensiva a Europa. Esta extensión únicamente tiene validez si el Asegurado tiene su domicilio en España o Andorra, pero queda en suspenso cuando esté fuera de España o Andorra durante más de 50 días consecutivos.

I.4 - Vigencia temporal de la cobertura

a) Los derechos derivados de materia contractual están sujetos a un plazo de carencia de tres meses a contar desde la fecha en que entró en vigor este grupo de garantías, o sea, no están garantizados durante los primeros tres meses de vigencia de la cobertura.

No habrá cobertura si al momento de formalizar este grupo de garantías o durante el plazo de carencia se rescinde por alguna de las partes el contrato origen de litigio o se solicita su resolución, anulación o modificación.

b) Sólo se entenderán amparados los casos asegurados que se declaren durante la vigencia de la cobertura ó antes de transcurrir dos años desde la fecha de rescisión o anulación de la misma.

I.5 - Definición y momento de ocurrencia del siniestro o evento

A los efectos de la presente cobertura, se entiende por siniestro o evento todo hecho o acontecimiento imprevisto que cause lesión en los intereses del Asegurado o que modifique su situación jurídica.

Se entiende ocurrido el siniestro o evento:

- En las infracciones penales, en el momento en que se ha realizado ó se pretende que se ha realizado el hecho punible.
- En los supuestos de reclamación por culpa no contractual, en el momento mismo que el daño ha sido causado.
- En los litigios sobre materia contractual, en el momento en que el Asegurado, el contrario o tercero iniciaron o se pretende que iniciaron la infracción de las normas contractuales.

I.6 - Alcance de las garantías

I.6.1 - Reclamación de daños

Esta garantía comprende la defensa de los intereses del Asegurado, reclamando los daños de origen no contractual que haya sufrido tanto en su persona como en las cosas muebles de su propiedad, ocasionados por imprudencia o dolosamente.

Se extiende la presente garantía a la reclamación de daños y perjuicios sufridos por el Asegurado en su calidad de peatón; pasajero de cualquier medio de transporte terrestre; o en la práctica no profesional de cualquier deporte, no relacionado con vehículos a motor.

I.6.2 - Defensa penal

Esta garantía comprende la defensa penal del Asegurado en procesos que se le sigan por imprudencia, impericia o negligencia.

Se extiende la presente garantía a la defensa penal del Asegurado en su calidad de peatón; pasajero de cualquier medio de transporte terrestre; o en la práctica no profesional de cualquier deporte, no relacionado con vehículos a motor.

I.6.3 - Asesoramiento jurídico telefónico

Mediante esta garantía el Asegurado podrá consultar, a través de teléfono de servicio 24 horas al día, los 365 días al año, indicado en la tarjeta de SERVICIO TELEFONICO DE ASESORIA JURIDICA, sobre cualquier cuestión jurídica y personal que pudiere afectar a su vida particular y familiar

I.7 - Subrogación

El Asegurador queda subrogado en los derechos y acciones que correspondan al Asegurado o a los Beneficiarios frente a los terceros responsables, por los gastos y pagos de cualquier clase que haya efectuado, e incluso por el costo de los servicios prestados.

Coberturas

Asistencia familiar

I. OBJETO DE LA COBERTURA

Mediante esta cobertura, el Asegurador se compromete a prestar los servicios descritos más adelante, siempre que el Asegurado solicite los mismos, desde la producción del evento, a los teléfonos de la Central Permanente de Asistencia 24 horas de ASITUR

902 522 535

(si se encuentra en territorio español)

34 91 393 90 30

(si se encuentra en el extranjero)

Para prestaciones no urgentes, derivadas de un accidente sufrido por el Asegurado, será preciso en todos los casos remitir la declaración del siniestro al Asegurador para tener derecho a las mismas.

II. DEFINICIONES

A efectos de esta cobertura se entiende por:

- **Asegurado:** La persona definida en las Condiciones Particulares de la póliza
- **Domicilio:** Se entenderá como tal el del propio Asegurado

III. ÁMBITO TERRITORIAL

Las prestaciones de la presente cobertura se garantizan en España o Andorra, con excepción de las garantías de Regreso anticipado del Asegurado desde el extranjero o transmisión de mensajes descritas en los apartados V.3 a V.6.

IV. CARÁCTER DE LAS INDEMNIZACIONES

Las indemnizaciones fijadas en las coberturas descritas serán en todo caso complemento de los contratos que pudiera estar cubriendo los mismos riesgos, de las prestaciones de la Seguridad Social, o de cualquier otra prestación garantizada en un régimen de previsión colectiva.

V. GARANTÍAS CUBIERTAS

V.1 - Transporte en ambulancia (primera asistencia de urgencia en caso de accidente)

En caso de sufrir el Asegurado un accidente cubierto por la póliza cuyo tratamiento de urgencia requiera, según criterio médico, un traslado sanitario en ambulancia, y siempre que no pueda obtener la prestación del servicio sanitario a través de la Seguridad Social o cualquier otro seguro público o privado, el Asegurador organizará y tomará a su cargo dicho traslado hasta el Centro Hospitalario que disponga de las instalaciones necesarias, o hasta su propio domicilio habitual cuando no precise hospitalización.

En cualquier supuesto, la decisión de realizar o no el traslado corresponde al equipo médico designado por el Asegurador.

El coste de esta prestación se limita a la primera asistencia, y no incluye traslados posteriores a su domicilio o al centro médico.

V.2 - Servicios de profesionales sanitarios a domicilio en caso de accidente

Si como consecuencia de un accidente cubierto, el Asegurado tiene la prescripción médica de guardar cama en su domicilio habitual, bajo vigilancia de un ATS o enfermero/a, sin necesidad de hospitalización, el Asegurador se hará cargo de facilitar este servicio hasta un máximo de 1.800 € por siniestro.

V.3 - Regreso anticipado del Asegurado desde el extranjero por accidente grave, enfermedad grave o fallecimiento de un familiar

En caso de enfermedad grave, accidente grave o fallecimiento en España o Andorra de un familiar del Asegurado (cónyuge, hijos, padres o hermanos), y en el caso de que el medio utilizado para su viaje o el billete de regreso no le permitiera al Asegurado anticipar el mismo, el Asegurador organizará y se hará cargo de los gastos de su transporte hasta el lugar de inhumación del familiar en España o Andorra; o bien, hasta el lugar de convalecencia del enfermo o accidentado.

V.4 - Regreso anticipado desde el extranjero por accidente grave, enfermedad grave o fallecimiento de la persona encargada del cuidado de los hijos, menores de edad o discapacitados, del Asegurado

En caso de enfermedad grave, accidente grave o fallecimiento en España o Andorra de la persona designada para el cuidado de los hijos del Asegurado, menores de edad o discapacitados, y en el caso de que el medio utilizado para su viaje o el billete de regreso no le permitiera anticipar el mismo, el Asegurador organizará y se hará cargo de los gastos de su transporte hasta el lugar donde se encuentre el menor o discapacitado, siempre que éste sea en España o Andorra.

V.5 - Regreso anticipado desde el extranjero por perjuicios graves en el domicilio del Asegurado

En caso de incendio, explosión y/o inundación en la residencia habitual del Asegurado, y en el caso de que el medio utilizado para su viaje o el billete contratado de regreso a España o Andorra no le permitiera anticipar el mismo, el Asegurador organizará y se hará cargo de los gastos de su traslado hasta su domicilio habitual.

V.6 - Transmisión de mensajes

El Asegurador se encargará de transmitir los mensajes urgentes que por incidencias amparadas por la presente cobertura, el Asegurado tuviese necesidad de enviar.

Coberturas

Asistencia familiar

V.7 - Gastos necesarios de acondicionamiento de la vivienda y/o del automóvil

Si a consecuencia de una invalidez permanente del Asegurado derivada de un accidente cubierto, el domicilio habitual del mismo precisara obras de acondicionamiento para su accesibilidad y habitabilidad, a juicio del equipo médico designado por el Asegurador, éste se hará cargo de los gastos que comporten las mismas.

Asimismo, si el automóvil del Asegurado precisa, por esa misma causa, cambios en su estructura para su accesibilidad y funcionalidad, el Asegurador se hará cargo de los gastos que comporten los mismos.

En cualquier caso, la suma asegurada de gastos por ambos conceptos se limita a 3.000 euros por siniestro.

V.8 - Servicio de personal doméstico

Si como consecuencia de un accidente cubierto por la presente póliza, se hace necesaria la hospitalización del Asegurado o su estado de salud así lo requiere, a juicio del equipo médico designado por el Asegurador, éste tomará a su cargo el reembolso de los honorarios de una persona para auxiliarte en las labores de limpieza y gastos de lavandería del hogar.

Dicha prestación no se iniciará hasta el séptimo día del accidente.

Así mismo, el límite cuantitativo de indemnización será de 30 € diarios, y hasta un máximo de 600 € por siniestro.

V.9 - Guarda provisional de animales de compañía

Si como consecuencia de un accidente cubierto por la presente póliza, ninguno de los miembros de la familia pudiese hacerse cargo de la custodia de sus mascotas, el Asegurador organizará y tomará a su cargo dicha custodia. Los gastos derivados de esta prestación se cubrirán **hasta un máximo de 25 € por día de internamiento, y con el límite de 300 euros por siniestro**, independientemente del número de animales de compañía.

V.10 - Asistencia pedagógica (estudiantes)

Si como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza el Asegurado, debe permanecer en su domicilio más de 15 días, el Asegurador garantiza los gastos necesarios para que un profesor le imparta dos horas diarias de clases particulares, de las asignaturas incluidas en el Plan Oficial que reglamente los estudios de aquél, en los distintos niveles de Educación Primaria o Secundaria (incluido Bachillerato o Ciclos Formativos de grado medio).

La prestación se iniciará a partir del decimosexto día del accidente, se realizará de lunes a viernes, y no se extenderá más allá del día de alta médica o de la finalización del año escolar, el menor periodo de ambos.

En cualquier caso, no se indemnizará un periodo superior a 6 meses, a contar desde el inicio de la prestación.

VI. EXCLUSIONES

Quedan excluidos:

- Las prestaciones que no le hayan sido previamente solicitadas al Asegurador o que no hayan sido efectuadas con su acuerdo, salvo en los casos de fuerza mayor debidamente demostrados. En estos supuestos, se procederá a reembolsar los gastos contra los documentos justificativos legales, dentro del límite contractual de la garantía utilizada.

No se atenderán solicitudes de reembolso cuyo plazo entre la fecha de ocurrencia y la fecha de declaración a la compañía de asistencia prestadora del servicio sea superior a 30 días.

- Los perjuicios por retrasos o incumplimientos debidos a causas de fuerza mayor o de las especiales características administrativas o políticas de un país determinado.

- La prestación derivada de Asistencia Pedagógica al Asegurado, cuando curse estudios superiores (ciclos formativos de Segundo grado, formación universitaria, etc.)

- Las prestaciones derivadas de cualquier enfermedad, salvo que ésta se halle incluida como causa de alguna de descritas en la presente cobertura.

Coberturas

Tarjeta MULTISALUD Prevención

Telf. 902 10 57 43 (o desde el extranjero: + 0034 902 10 57 43)

PRESTACIONES DE LA COBERTURA TARJETA MULTISALUD PREVENCIÓN

1. SERVICIO DE ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA

Mediante esta garantía el Asegurado tiene a su disposición un servicio de orientación médica telefónica de atención permanente 24 horas al día los 365 días del año y que se extiende a toda España. Puede acceder:

- llamando al teléfono indicado en esta cobertura que es el que se especifica, asimismo, en la tarjeta Multisalud que acompaña la presente póliza.
- a través de videollamada, previa descarga de la app de Seguros Catalana Occidente en su dispositivo móvil. Pulsando sobre el icono "Asistencia", conectará personalmente con un médico generalista.
En caso de no existir una óptima cobertura que dificultara la comunicación, el Asegurado podrá realizar una llamada gratuita al teléfono indicado en la pantalla.

El servicio no se entiende como de diagnóstico ni de prestación de asistencia sanitaria.

Si el Asegurado lo precisará se ofrecerá también información sobre: centros sanitarios, médicos generales y de urgencias, médicos especialistas, centros de vacunaciones, ambulancias o farmacias de guardia.

1.1 Servicios Complementarios

Además de las prestaciones indicadas en el punto anterior, esta garantía incluye los servicios complementarios que se detallan seguidamente:

1.1.1 "El especialista en casa"

Siempre que el médico generalista que atiende al Asegurado lo crea oportuno o bien por solicitud expresa del mismo, se le pondrá en contacto con un médico especialista en la materia previa historia clínica del médico consultor.

1.1.2 Asistencia Social

Información sobre:

- residencias, centros de día
- ayuda a domicilio privada
- hospitales y clínicas de larga estancia
- asociaciones: Parkinson, Esclerosis Múltiple, Alzheimer, Diabéticos, etc
- centros de drogodependencia y desintoxicación
- información a la Tercera Edad
- ocio: Universidades populares, Educación permanente de adultos, Aulas de mayores, Programas de animación sociocultural, vacaciones 3ª edad, Balnearios, Deportes y Aficiones

- trámites oficiales: pensión de viudedad, descuentos en transportes públicos, etc.
- circunstancias familiares, que requieran información u orientación urgente (soledad, maltrato, alcoholismo, drogadicción...)

1.1.3 Orientación médica o social dirigida a discapacitados auditivos y orales

Consulta 24 horas al día los 365 días del año por FAX al número 902 158 442.

1.1.4 Asesoramiento psicológico

Información sobre:

- orientación y valoración de la problemática individual y/o familiar
- depresiones, crisis de angustia, ansiedad, accidentes, decesos, separaciones...
- infancia, adolescencia, sexología, Bullying
- trastornos de la conducta
- toxicomanías (drogodependencias, alcoholismo...)
- trastornos de la alimentación (anorexia y bulimia)
- 3ª edad
- violencia y relaciones de pareja
- trastornos del aprendizaje, relacionales, dificultades escolares...

1.1.5 Nutrición y asesoramiento dietética

Información sobre:

- pautas de introducción de alimentos
- orientación en dietas equilibradas y hábitos alimentarios
- trastornos de la alimentación (anorexia y bulimia)
- alergias alimentarias e intolerancias
- control de obesidad infantil
- alteraciones nutricionales: falta de apetito, deficiencias de hierro, caries dentales...

1.1.6 Cuidado de tu mascota

Información y asesoramiento relativo a la salud y cuidados de tu mascota, consultas legislativas (certificados, microchip, licencias) e información general (residencias caninas, centros de adiestramiento, concursos y exposiciones...)

2. GARANTÍA DE SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA DE ENFERMEDADES GRAVES Y DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

Las llamadas para una consulta sobre esta garantía deben efectuarse al teléfono indicado en esta cobertura que es el que se especifica, asimismo, en la tarjeta Multisalud que acompaña la presente póliza.

Coberturas

Tarjeta MULTISALUD Prevención

Telf. 902 10 57 43 (o desde el extranjero: + 0034 902 10 57 43)

2.1 ¿Qué es la Segunda Opinión Médica?

En el supuesto de que el Asegurado hubiese sido diagnosticado clínicamente por un médico especialista o institución médica autorizada, de padecer alguna de las enfermedades definidas en la Condición 2.4 de la presente Garantía y/o de la necesidad de someterse a una intervención quirúrgica, el Asegurador conseguirá del centro con el que el Asegurador tenga concertada la prestación de la presente garantía, para su entrega al Asegurado, un Informe de Segunda Opinión Médica que confirme o no las conclusiones del primero, incluyendo, si proceden, las orientaciones y/o recomendaciones de carácter médico y psicológico que se consideren más adecuadas para el mejor tratamiento de la enfermedad diagnosticada.

Cuando a juicio del centro con el que el Asegurador tenga concertada la prestación de la presente garantía, la información técnica o el asesoramiento científico a su disposición no fueran suficientes para establecer un Segunda Opinión Médica concluyente y asumible con plena responsabilidad, el Asegurador podrá decidir, en su lugar, el pago al Asegurado de 300 euros, como prestación única sustitutoria, para que éste pueda obtener una Segunda Opinión Médica del especialista o entidad médica que considere oportunos.

2.2 ¿Cómo y dónde se realizará la Segunda Opinión Médica?

El informe médico de la Segunda Opinión Médica así como las recomendaciones, si procede, serán realizados por el centro con el que el Asegurador tenga concertada la prestación de la presente garantía, basándose en la información directa y asesoramiento técnico y científico obtenido a través de su cuerpo de Especialistas y/o Centros médicos de reconocido prestigio, con los cuales tenga establecidos convenios de colaboración a nivel nacional o internacional.

2.3 Requisitos Exigidos por la Presente Garantía

Para tener derecho a acceder a la Segunda Opinión Médica indicada en la Condición 1, el Asegurado deberá cumplir los requisitos siguientes:

2.3.1 Solicitarlo por escrito al Asegurador, durante la vigencia de la póliza.

2.3.2 Aportar todas las exploraciones clínicas y pruebas de que disponga el Asegurado que justifican el padecimiento de alguna de las «Enfermedades Graves» descritas en el punto 2.4, y/o la necesidad de someterse a una intervención quirúrgica.

2.3.3 Cuando se considere que la documentación aportada por el Asegurado no es suficiente para emitir la Segunda Opinión Médica, el Asegurado acepta hacer a su cargo la prueba o pruebas complementarias que se soliciten en el Centro médico recomendado por éste, o en el elegido libremente por el Asegurado, con el fin de completar la información adicional, imprescindible para la emisión de la Segunda Opinión Médica.

2.4 Definición de las Enfermedades Graves e Intervenciones Quirúrgicas cubiertas por la presente Garantía

2.4.1 Infarto de miocardio

Muerte de una parte del músculo cardíaco como resultado de un flujo sanguíneo insuficiente hacia el área comprometida.

El diagnóstico debe ser confirmado por especialista y evidenciado por todos los siguientes criterios:

- Una historia de dolor torácico típico,
- Nuevos cambios característicos de infarto en el ECG
- Elevación de las enzimas específicas de infarto, troponinas u otros marcadores bioquímicos.

Quedan en todo caso excluidos:

- El infarto del miocardio sin elevación del segmento ST, con solamente elevación de Troponina I ó T
- Otros síndromes Coronarios Agudos (por ejemplo angina de pecho estable o inestable)
- Infarto de miocardio silente
- Infarto de miocardio que se produce dentro de 14 días después de angioplastia coronaria

2.4.2 Cirugía arterio-coronaria (Bypass)

La realización de cirugía a tórax abierto para la corrección de dos o más arterias coronarias, que están estrechadas u ocluidas, por el implante de un puente arterial coronario. La necesidad de tal cirugía debe haber sido probada por angiografía coronaria y la realización de la cirugía debe ser confirmada por un especialista.

Quedan en todo caso excluidos:

- la angioplastia coronaria o implante de stent
- cualquier otro procedimiento intra-arterial
- cirugía por toracotomía mínima.

2.4.3 Derrame o hemorragia e infarto cerebrales

Cualquier incidente cerebro-vascular que produce secuelas neurológicas permanentes y que incluye infarto de tejido cerebral, hemorragia y embolización originada en una fuente extracraneal. El diagnóstico debe ser confirmado por un especialista y evidenciado por síntomas clínicos típicos como así también hallazgos típicos en la TAC (tomografía axial computarizada) de cerebro y RNM (Resonancia Nuclear Magnética) de cerebro. Deben documentarse pruebas de deficiencia neurológica de por lo menos tres (3) meses a contar de la fecha de diagnóstico.

Quedan en todo caso excluidos:

- Ataque isquémico transitorio (TIA) y déficit neurológico isquémico reversible prolongado (PRIND)
- Lesión traumática de tejido cerebral o vasos

Coberturas

Tarjeta MULTISALUD Prevención

Telf. 902 10 57 43 (o desde el extranjero: + 0034 902 10 57 43)

sanguíneos

c) Déficit neurológico debido a hipoxia general, infección, enfermedad inflamatoria, migraña o intervención médica.

d) Hallazgos incidentales en estudios de imagen (Scan CT o resonancia magnética), sin síntomas clínicos claramente relacionados (enfermedad cerebrovascular silenciosa)

2.4.4 Cáncer

Cualquier tumor maligno diagnosticado positivamente con confirmación histológica y caracterizado por crecimiento incontrolado de células malignas e invasión de tejidos. El diagnóstico debe ser confirmado por un Especialista.

A menos que no estén expresamente excluidos, están cubiertos por esta definición la leucemia, linfoma maligno y síndrome mielodisplásico.

Quedan en todo caso excluidos:

a) Cualquier tumor histológicamente clasificado como pre-maligno y no invasivo, tampoco los carcinomas in situ.

b) Cualquier cáncer de próstata al menos que esté clasificado histológicamente con una puntuación de Gleason superior a 6 o que haya progresado hasta alcanzar por lo menos la clasificación TNM clínica T2N0M0.

c) La leucemia linfocítica crónica a no ser que haya progresado, hasta al menos la etapa B de Binet

d) Carcinoma de células basales, carcinoma de células escamosas de la piel y melanoma maligno en estadio IA (T1aN0M0), a menos que haya evidencia de metástasis

e) Cáncer papilar de tiroides menor de 1 cm de diámetro e histológicamente descrito como T1N0M0

f) Carcinoma micro papilar de la vejiga histológicamente descrito como Ta

g) Policitemia rubra vera y trombocitemia esencial

h) Gammapatía monoclonal de significado indeterminado

i) Linfoma MALT gástrico que puede ser tratado mediante la erradicación del Helicobacter Pylori

j) Tumor del estroma gastrointestinal en estadio I y II

k) Linfoma cutáneo a menos que la enfermedad requiera de tratamiento con quimioterapia o radiación

l) Carcinoma microinvasor de mama a menos que la enfermedad requiera de una mastectomía, quimioterapia o radiación

m) Carcinoma microinvasor del cuello uterino a menos que la enfermedad requiera histerectomía, quimioterapia o radiación.

2.4.5 Insuficiencia renal (Enfermedad renal en etapa final)

Etapa final de enfermedad renal que se manifiesta por una falla crónica e irreversible de la función de ambos riñones, cómo resultado de lo cual se hace necesario realizar regularmente diálisis renal (hemodiálisis o diálisis peritoneal) ó requirió de un trasplante renal. El diagnóstico debe ser confirmado por especialista.

2.4.6 Trasplantes de órganos mayores

La realización actual de un trasplante de órganos en que el Asegurado participa como receptor de alguno de los siguientes órganos: corazón, pulmón, hígado, páncreas, riñón, intestino delgado o médula ósea. La realización del trasplante debe ser confirmada por especialista.

Estará también incluido en esta garantía el trasplante parcial o total de cara, manos, brazos y piernas (trasplante de aloinjertos de tejido compuesto). El trastorno principal que motiva el trasplante debe ser considerado como imposible de tratar por cualquier otro medio, de acuerdo a confirmación médica del especialista en la materia.

2.4.7 Alzheimer

Diagnóstico definitivo de Alzheimer confirmado por los siguientes factores:

- Pérdida de capacidad intelectual con deterioro de la memoria y de funciones ejecutivas (secuencia, organización, abstracción y planificación) que provoque una importante reducción de las funciones mentales y sociales.
- Cambio en la personalidad
- Disminución gradual de las funciones cognitivas.
- Sin trastorno de la conciencia.
- Hallazgos típicos neuropsicológicos y de neuroimagen (p.ej. CT Scan)

La enfermedad debe requerir de una supervisión constante (24 horas al día) antes de los 67 años. El diagnóstico y la necesidad de supervisión deben ser confirmados por un neurólogo.

No están cubiertas otras formas de demencia debidas a patologías cerebrales, enfermedades sistémicas o patologías psiquiátricas.

2.4.8 Parkinson

Diagnóstico inequívoco de Enfermedad de Parkinson primaria o idiopática (**todas las otras formas de Parkinsonismo están excluidas**) confirmado por un especialista en neurología. La enfermedad debe provocar incapacidad permanente para realizar independientemente tres o más actividades de la vida diaria: bañarse (capacidad de tomar un baño o ducharse), vestirse y desvestirse, higiene personal (capacidad de usar el lavatorio y mantener un nivel razonable de higiene), movilidad (capacidad de desplazarse al interior de un mismo nivel o piso),

Coberturas

Tarjeta MULTISALUD Prevención

Telf. 902 10 57 43 (o desde el extranjero: + 0034 902 10 57 43)

continencia (control sobre los esfínteres), comer/beber (capacidad de alimentarse por sí mismo pero no de preparar la comida) o causar postración e incapacidad para levantarse sin asistencia de terceras personas. Estas condiciones deben estar médicamente documentadas durante 3 meses al menos.

2.4.9 Sida

Es una infección crónica del sistema inmune por el VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) que produce una destrucción progresiva de los linfocitos CD4 y ocasiona una disminución de las defensas propias del organismo, lo cual lleva a una fácil adquisición de múltiples enfermedades que debilitan al individuo hasta hacerle perecer, después de un largo período de incubación que puede durar hasta 10 o 12 años.

2.4.10 Intervenciones quirúrgicas

Cualquier tipo de intervención quirúrgica a la cual se somete el Asegurado, relacionada o no con las enfermedades graves indicadas en este punto 2.4.

2.5 Duración de la Garantía

El Asegurado podrá hacer uso de la presente garantía durante el periodo de vigencia de la póliza, **y como máximo, hasta que alcance la edad de 65 años.**

La garantía se cancelará de forma automática en los siguientes casos:

- **Anulación de la póliza**
- **Tras la utilización de una Segunda Opinión Médica para cada una de las enfermedades graves definidas en el punto 2.4 de esta garantía, o de cinco intervenciones quirúrgicas.**

En el supuesto de que el Asegurador y el centro con el que el Asegurador tenga concertada la prestación de la presente garantía rescindieran su contrato y mientras no se restablezca el servicio del Segundo Diagnóstico, el Asegurador se compromete, como cobertura alternativa, al pago de una prestación única sustitutoria por importe de 300 euros, por el período de duración de esta garantía, con el fin de que dicho Tomador pueda obtener una Segunda Opinión Médica del especialista o entidad médica que considere oportunos.

3. SEGURO DENTAL PREVENCIÓN

Las llamadas para una consulta sobre esta garantía deben efectuarse al teléfono arriba indicado, que es el especificado en la tarjeta MULTISALUD PREVENCIÓN que acompaña la póliza, y la cual deberá obligatoriamente presentarse en los Centros odontológicos concertados por el sistema DENTYRED para obtener la prestación del servicio dental.

El Asegurado puede acceder a la consulta tanto del Cuadro Médico Dental como del Baremo de precios concertados, a través de la página web: www.seguroscatalanaoccidente.com

y accediendo a: [servicios on line/cuadro médico dental](#)

Dentro de los servicios prestados, el Asegurado se beneficia de una serie de actos médicos gratuitos. Algunos ejemplos de estos servicios sin coste son:

- Examen inicial / diagnóstico
- Revisiones
- Radiografía periapical / oclusal
- Obturación/empaste provisional
- Examen implantológico
- Primera Tartrectomía (*limpieza de boca anual*)

El coste del resto de los tratamientos dentales, no indicados como "gratuitos", será asumido por el Asegurado en su totalidad de conformidad con el Baremo DENTYRED vigente en el momento de la prestación, y serán abonados por el Asegurado directamente a los facultativos.

El precio de estos servicios no podrá superar en ningún caso a los honorarios que el facultativo cobrase a un cliente particular, ni el coste fijado en el Baremo DENTYRED.

Aquellos actos quirúrgicos propios de la medicina maxilofacial solo podrán ser realizados por los especialistas cuando la indicación diagnóstica así lo aconseje. **Si no fuera así, dichos tratamientos sólo los podrá realizar un cirujano maxilofacial, quedando excluidos del Servicio Dental.**

Las radiografías han de estar prescritas por un especialista del Cuadro Médico Dental. En caso contrario, las Clínicas radiológicas no tienen obligación de ajustarse al baremo de precios máximos.