

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.