

## CAPÍTULO II - GARANTÍAS Y EXCLUSIONES PARTICULARES DEL CONTRATO

### 1º.- PRESTACIONES ASEGURADAS

#### Se garantiza:

- En todo caso, las necesidades de asistencia consideradas como urgencia vital, cuya demora pueda significar peligro grave para la vida del Asegurado.
- El reembolso de los gastos devengados por las asistencias médicas y quirúrgicas seguidamente indicadas, que le sean dispensadas a los asegurados y que resulten indispensables por ocurrencia de enfermedad o accidente (incluye accidentes de tráfico y accidentes laborales, a excepción de los expresamente excluidos en el capítulo IV: Exclusiones Generales del Contrato), siempre y cuando, dichos gastos no rebasen el Capital Máximo asegurado anual y, **hasta los límites máximos de cobertura contratados, aplicándose las franquicias y los plazos de carencia indicados en el Resumen de Garantías, siendo, las franquicias y los gastos que excedan de los límites máximos garantizados exclusivamente por cuenta del Asegurado**, pudiéndose dar los siguientes supuestos:

1. **Utilización de los Cuadros Médicos de GROUPAMA, Seguros y Reaseguros, S.A.:** En este caso, el Asegurado podrá utilizar los facultativos recomendados por el Asegurador, mediando siempre autorización expresa. En este caso y **siempre que no se rebasen los límites establecidos en el Resumen de Garantías**, el Asegurado no tiene que participar en el coste de las prestaciones ni adelantar cantidad alguna, siendo la totalidad del gasto a cargo del Asegurador.
2. **Utilización de servicios ajenos a GROUPAMA, Seguros y Reaseguros, S.A.:** En este caso, el Asegurador garantiza el reembolso de los gastos devengados al Asegurado por Asistencia médica extrahospitalaria, así como la recibida como interno en una Clínica u Hospital, a consecuencia de enfermedades o accidentes cubiertos por la póliza, **de acuerdo con los límites fijados en el Resumen de Garantías**

**Franquicias:** Se conviene expresamente que **el Asegurado tomará a su cargo las franquicias fijadas** en el Capítulo I "Elementos Esenciales del Contrato" sobre el importe de los gastos de la garantía "reembolso" originados por cada anualidad del seguro, tanto en España como en el Extranjero.

La relación de límites detallada en el citado Resumen de Garantías. servirá como referencia para la aplicación de los mismos en otras pruebas, tratamientos, honorarios, consultas, etc., que no se reflejen en la citada relación, ante la imposibilidad de contemplar todos los supuestos posibles en cada una de las especialidades médicas.

El reembolso de gastos se concreta exclusivamente a los siguientes conceptos:

#### A) MEDICINA PRIMARIA

- **Urgencias.** Las urgencias se atenderán en los Centros Concertados por el Asegurador. En caso justificado, la urgencia se hará en el domicilio de este por los servicios médicos permanentes de guardia del Asegurador.
- **Puericultura y Pediatría. Ampara hasta los 14 años.**
- **Ayudante Técnico Sanitario.** En consultorio y/o a domicilio del Asegurado, previa prescripción de un médico del Asegurador.
- **Medicina General.** En consulta y a domicilio, cuando la enfermedad impida al paciente acudir a la consulta. En este caso, los avisos se recepcionarán de 9 a 16 horas.
- **Ambulancia.** Para el traslado de los enfermos al sanatorio, previo volante de un médico del Asegurador, diligenciado por éste, salvo los casos de urgencia vital, que no será necesario. **La distancia máxima cubierta para estos traslados será la fijada en el Resumen de Garantías.**
- **Hospitalización a domicilio.** Esta hospitalización será aplicable para casos de enfermos terminales, postquirúrgicos y crónicos para los que no fuera imprescindible un ingreso hospitalario. La asistencia al enfermo la realizarán los Médicos y ATS de la unidad, asistiendo al enfermo en su domicilio, con la frecuencia que su estado requiera. Si el tratamiento lo requiere, serán facilitados al paciente sin costo para él, la oxigenoterapia, fluidoterapia y material desechable (sondas y catéteres, etc.).

**Se excluye: La asistencia social.**

#### B) ESPECIALIDADES MÉDICAS.

- **Alergología.** Las vacunas y extractos serán por cuenta del Asegurado y prescritas a través de oficinas de farmacia.
- **Cardiología.**

El presente contrato de seguros que se le muestra tiene un carácter meramente ilustrativo, dado que incluye la totalidad de las coberturas que pueden contratarse con esta entidad en el producto ofrecido, por lo que no detentan eficacia jurídica alguna. Por ello, el solicitante/asegurado/tomador, respecto de las garantías a contratar o contratadas (cobertura real), deberá estar a lo específicamente estipulado en el Resumen de Garantías, Condiciones o Cláusulas particulares y limitativas de la póliza, que forman parte integrante del contrato de seguro y determinan la cobertura real, sus limitaciones y exclusiones, siendo igualmente requisito imprescindible que haya sido abonada la prima correspondiente a la garantía contratada, conforme se establece en el artículo 1 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.

- **Dermovenereología.**  
**Se excluye: Los tratamientos con Láser para afecciones cutáneas.**
- **Endocrinología.**  
**Se excluye: Los tratamientos para la obesidad exógena, educación dietética y diabetológica.**
- **Gastroenterología.**
- **Geriatría.**
- **Ginecología.** Se cubre 1 revisión ginecológica (incluida la menopausia) por asegurado y año. La revisión ginecológica anual comprende: exploración ginecológica y mamaria, citología vaginal y colposcopia. La mamografía y la ecografía sólo se incluyen en el concepto de revisión ginecológica preventiva si existe petición radiológico anterior que lo justifique o la paciente es mayor de 45 años.
- **Hematología.**  
**Se excluye: Los tratamientos y pruebas prescritos en programas de trasplante de médula.**
- **Medicina Interna.**
- **Medicina Preventiva (Chequeo).**
- **Nefrología.**
- **Neonatología.** Se cubre la visita del neonatólogo al recién nacido. Este concepto queda incluido dentro de la cobertura y límites de embarazo y parto.
- **Neumología.**
- **Neurología.**
- **Odontostomatología. Salvo contratación expresa del Suplemento Dental** se cubrirán extracciones, curas estomatológicas derivadas de éstas y una limpieza de boca al año, prescrita por especialistas del Asegurador, **hasta el límite fijado en el Resumen de Garantías.**  
**La contratación opcional del Suplemento Dental, que deberá constar expresamente, para su validez, en el Resumen de Garantías, otorga por asegurado y año las siguientes garantías adicionales: Una limpieza de boca, 6 obturaciones, 4 endodoncias y periodoncia.**  
**Se excluye: Los tratamientos sobre los dientes y las encías de garantías, salvo los necesarios con motivo de un accidente cubierto por la póliza que afecte a otros órganos distintos de la cavidad oral.**  
**Se excluye: todo tipo de prótesis odontológicas.**
- **Oftalmología.** Se cubrirán únicamente las enfermedades o accidentes  
**Se excluye: Los chequeos oftalmológicos para determinar la graduación visual, así como la corrección quirúrgica de la miopía.**
- **Oncología clínica.**
- **Otorrinolaringología**
- **Psiquiatría.** Tratamiento de enfermedades mentales y nerviosas bajo prescripción facultativa.  
**Se excluye: todo lo relacionado con la psicología (psicoanálisis, hipnosis, psicoterapia y test psicológico).**
- **Podología.** Exclusivamente para procesos patológicos del pie, previa autorización del Asegurador.
- **Reumatología.**
- **Tocología/Obstetricia.** Queda amparada por la cobertura de la póliza la prestación de los servicios para el control médico del embarazo y asistencia al parto.  
Esta prestación comprende en concreto las visitas de obstetricia, ecografías de embarazo, analítica prescrita por el obstetra, amniocentesis en caso de triple screening positivo, edad superior a 35 años o antecedentes patológicos que la justifiquen, monitorización fetal en caso necesario, asistencia al parto o cesárea por el tocólogo y comadrona, anestesia epidural, estancia en clínica de la asegurada y su manutención, gastos de la sala de partos y quirófano, atención integral al recién nacido y cama de un acompañante **durante un período máximo de 3 días.**  
El periodo de carencia para el control del embarazo y para la asistencia al parto y al neonato a contar desde la fecha de efecto de la póliza, queda detallado en el Resumen de Garantías. Los partos prematuros y abortos espontáneos tienen consideración de urgencias y, por tanto, no están sujetos a plazos de carencia.
- **Traumatología y Ortopedia.**
- **Urología.**

**C) ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS.**

- **Anestesiología.**
- **Cirugía Cardiovascular.**
- **Cirugía General y del Aparato Digestivo.**
- **Cirugía Ginecológica.**
- **Cirugía Maxilofacial.**
- **Cirugía Oftalmológica.** Se cubre el tratamiento para retinopatías con Láser oftálmico **hasta el límite máximo fijado en el Resumen de Garantías.**  
**Se excluye: La cirugía correctora de la miopía.**
- **Cirugía Oncológica.**
- **Cirugía Pediátrica.**
- **Cirugía Plástica y Reparadora.**  
**Se excluye: La cirugía estética.**
- **Cirugía Torácica.**
- **Cirugía Traumatológica.** Artroscopias. Cirugía de la mano.
- **Cirugía Urológica.**  
**Se excluye: Diagnóstico y tratamiento de la impotencia, así como el tratamiento de las afecciones prostáticas por Hipertermia.**
- **Cirugía Vascular Periférica.**
- **Neurocirugía.**
- **Otorrinolaringología. Microaudiocirugía.**
- **Proctología.**  
**Se excluye: el tratamiento por Láser para patologías incluidas en esta especialidad.**

**D) HOSPITALIZACION**

Comprende el reembolso de los siguientes gastos derivados de la hospitalización del Asegurado **con los límites máximos fijados en el Resumen de Garantías.**

- a) **Gastos hospitalarios.** Los de Estancia hospitalaria (Uso de habitación del Asegurado y acompañante, y de manutención del Asegurado), así como otros gastos hospitalarios (Generados por la asistencia sanitaria durante la hospitalización, tales como: derechos de quirófano, pruebas diagnósticas o terapéuticas, medicamentos y materiales, curas y otros servicios sanitarios durante la estancia en un hospital).
  - b) **Asistencia en U.V.I., U.C.I., U.C.C.:** Unidad de vigilancia intensiva, Unidad de cuidados intensivos y Unidad de cuidados coronarios, **con los límites establecidos en el Resumen de Garantías.**
  - c) **Honorarios médicos:** Se incluyen los conceptos de cirujano, ayudantes, anestesistas y consultas de especialistas, con el límite por cada intervención y según la clasificación en grupos de actos médicos, descritos ambos en el Resumen de Garantías.
  - d) **Hospitalización sin cargo a la póliza:** Si los gastos hospitalarios indicados en los anteriores apartados a), b) y c) no fuesen a cargo de esta póliza, estando cubiertos, el Asegurador abonará por cada día completo de hospitalización la cantidad estipulada en el Resumen de Garantías, **con un límite máximo de 15 días.**
  - e) **Ambulancia:** El Asegurador reembolsará los gastos de ambulancia por carretera, **con los límites establecidos en el Resumen de Garantías.**
- **Hospitalización quirúrgica.**
  - **Hospitalización médica.** La duración del internamiento será determinado por el médico encargado de la asistencia, hasta el momento en que éste estime conveniente el traslado del enfermo a su domicilio. Se aplicarán **los límites establecidos en el Resumen de Garantías.**  
**Se excluyen: los problemas de índole social**
  - **Hospitalización psiquiátrica.** Los internamientos se realizarán en habitación individual sin cama de acompañante. Sólo se facilitará el tratamiento de los brotes agudos, y **hasta los límites establecidos en el Resumen de Garantías.**  
**Se excluyen: los problemas de índole social**
  - **Hospitalización pediátrica.** Se realizará previa prescripción médica, para la atención de personas menores de 14 años. **La estancia se limitará a un período máximo establecido en el Resumen de**

El presente contrato de seguros que se le muestra tiene un carácter meramente ilustrativo, dado que incluye la totalidad de las coberturas que pueden contratarse con esta entidad en el producto ofrecido, por lo que no detentan eficacia jurídica alguna.

Por ello, el solicitante/asegurado/tomador, respecto de las garantías a contratar o contratadas (cobertura real), deberá estar a lo específicamente estipulado en el Resumen de Garantías, Condiciones o Cláusulas particulares y limitativas de la póliza, que forman parte integrante del contrato de seguro y determinan la cobertura real, sus limitaciones y exclusiones, siendo igualmente requisito imprescindible que haya sido abonada la prima correspondiente a la garantía contratada, conforme se establece en el artículo 1 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.

**Garantías.** Incluye tanto la Hospitalización convencional como en Incubadora (en el último caso, no se incluye cama de acompañante).

#### **E) PRUEBAS DIAGNÓSTICAS.**

- **Análisis clínico-biológicos.**

**Se excluye: Los análisis de tipo genético (estudios cromosómicos) salvo autorización expresa del Asegurador.** Para su autorización por parte del Asegurador será obligatorio presentar informe clínico donde se exprese la indicación de dichos estudios.

- **Anatomía Patológica.**

- **Radiología.** Radiografías simples y de contraste. Se incluyen: Tomografía Axial Computerizada, Resonancia Nuclear Magnética, Arteriografía Digital, Neurorradiología terapéutica, etc.

- **Otros medios complementarios de diagnóstico.** Se cubren las pruebas necesarias para llegar al diagnóstico, previa autorización del Asegurador.

#### **F) SEGUNDO DIAGNÓSTICO**

Queda garantizada la obtención de un Segundo Diagnóstico en caso de lesiones graves del Asegurado, entendiéndose por tales las seguidamente indicadas. Diagnóstico que será emitido por un equipo médico perteneciente a los más acreditados centros hospitalarios de Estados Unidos, especializados en la patología objeto del mismo, **siendo necesario, para acceder a esta garantía, la autorización expresa de los servicios médicos del Asegurador.**

El citado segundo diagnóstico, deberá obtenerse y entregarse al paciente y al médico del mismo, en un plazo no superior a 10 días, contados desde la recepción por el citado equipo médico de la documentación solicitada por el Asegurador al Asegurado.

Lesiones graves:

- Accidentes cerebro vasculares.
- By pass coronario.
- Cáncer.
- Infarto agudo de miocardio.
- Insuficiencia renal.
- Enfermedad de Alzheimer.
- Parálisis (cualquier etiología aparecida durante la vigencia de la póliza).
- Enfermedad de Parkinson.
- Esclerosis múltiple.
- Pérdida del habla.
- Ceguera total.

**Se excluye:**

- **Patologías no contenidas en la relación anterior.**
- **Cirugía estética.**
- **Autolesiones.**
- **Tratamientos no reconocidos por la ciencia médica.**
- **SIDA.**

#### **Servicios Complementarios**

Si el Asegurado, una vez obtenido el segundo diagnóstico, decidiera desplazarse para seguir tratamiento médico-quirúrgico al Centro Hospitalario recomendado por el Asegurador, dispondrá de los siguientes

**servicios complementarios:**

- Asesoramiento para la elección de médicos y hospitales en USA, CANADA y EUROPA.

El presente contrato de seguros que se le muestra tiene un carácter meramente ilustrativo, dado que incluye la totalidad de las coberturas que pueden contratarse con esta entidad en el producto ofrecido, por lo que no detentan eficacia jurídica alguna. Por ello, el solicitante/asegurado/tomador, respecto de las garantías a contratar o contratadas (cobertura real), deberá estar a lo específicamente estipulado en el Resumen de Garantías, Condiciones o Cláusulas particulares y limitativas de la póliza, que forman parte integrante del contrato de seguro y determinan la cobertura real, sus limitaciones y exclusiones, siendo igualmente requisito imprescindible que haya sido abonada la prima correspondiente a la garantía contratada, conforme se establece en el artículo 1 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.

- Concertación definitiva de los Servicios Médicos en nombre del paciente, obtención de citas y presupuestos.
- Asesoramiento y gestión de los trámites de ingreso y admisión en el hospital elegido por el paciente.
- Gestión de reserva del pasaje, recepción, traslado y hospedaje del paciente y su acompañante.
- Organización del traslado en ambulancia aérea si el paciente lo necesitase.
- Acceso a intérpretes cualificados, cuando sean necesarios para facilitar las atenciones médicas.

**Se excluye: Los gastos originados por este servicio, que serán a cargo del Asegurado.**

- Control y seguimiento de las facturas emitidas por los hospitales y médicos que estén prestando los servicios.

**Los costes de la asistencia serán abonados por el Asegurador, de acuerdo con lo establecido en el Resumen de Garantías.**

#### Gastos de Transporte

El Asegurador asumirá íntegramente los gastos de traslado del paciente y un acompañante desde su domicilio o centro hospitalario en el que esté ingresado, hasta el Centro Médico elegido y viceversa. El medio de transporte utilizado para el traslado del paciente, será el más adecuado a su estado de salud. Para el acompañante, el traslado se efectuará en los medios de transporte habituales y siempre en clase turista. Se incluyen también los gastos de repatriación del cadáver en caso de fallecimiento.

#### G) MEDIOS TERAPÉUTICOS

- **Aerosolterapia.** Bajo prescripción facultativa.
- **Cobaltoterapia.**
- **Fisioterapia y Rehabilitación.** Se prestará con carácter ambulatorio, previa prescripción de un especialista del Asegurador, para las enfermedades subsidiarias de estos tratamientos, incluyendo Radioterapia, Electroradioterapia, Magnetoterapia y Laserterapia, así como la rehabilitación manual.
- **Hemodiálisis.** Se cubre sólo el tratamiento de las insuficiencias renales de carácter agudo.

**Se excluye: El tratamiento de las insuficiencias renales crónicas.**

- **Litotricia.** Consiste en el tratamiento de los cálculos alojados en el aparato urinario, mediante el uso de ondas de choque. **Esta cobertura queda limitada, en su duración, al límite indicado en el Resumen de Garantías.**
- **Logofoniatría.** Se cubren los procesos orgánicos reversibles

**Se excluye: Los procesos congénitos, psíquicos y educación del lenguaje.**

- **Oncología Clínica, Quimioterapia y Radioterapia.** Se cubre la orientación y tratamiento por médicos especialistas en Oncología de las enfermedades subsidiarias de esta especialidad.
- **Oxigenoterapia y Ventiloterapia**
- **Planificación Familiar**
- **Preparación al parto**
- **Prótesis y ortopedia.** Quedan amparadas, previa autorización del Asegurador, las prótesis internas que a continuación se detallan:
  - Endoprótesis óseas
  - Prótesis cardiovasculares, exceptuando el corazón artificial
- Asimismo quedan incluidos todos los aparatos ortopédicos durante el internamiento en un centro hospitalario. **Fuera de éste, el Asegurador se reserva el derecho de facilitar al Asegurado la prótesis o aparato ortopédico necesario.**
- **Tratamiento del dolor.** Se cubren tratamientos del dolor específicamente indicados como cuidados paliativos en caso de enfermedades oncológicas y neurológicas.
- **Transfusiones de sangre y/o plasma.**
- **Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), con un límite máximo de gasto de 6.010 Euros por Asegurado y para toda la duración del síndrome.**

El presente contrato de seguros que se le muestra tiene un carácter meramente ilustrativo, dado que incluye la totalidad de las coberturas que pueden contratarse con esta entidad en el producto ofrecido, por lo que no detentan eficacia jurídica alguna. Por ello, el solicitante/asegurado/tomador, respecto de las garantías a contratar o contratadas (cobertura real), deberá estar a lo específicamente estipulado en el Resumen de Garantías, Condiciones o Cláusulas particulares y limitativas de la póliza, que forman parte integrante del contrato de seguro y determinan la cobertura real, sus limitaciones y exclusiones, siendo igualmente requisito imprescindible que haya sido abonada la prima correspondiente a la garantía contratada, conforme se establece en el artículo 1 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.

## H) RECIÉN NACIDOS

- **Asistencia Neonatal:** Se cubrirán los gastos hospitalarios y médicos ocasionados por los recién nacidos, siempre y cuando la madre esté dada de alta en la póliza y tenga derecho al parto. **Los hijos recién nacidos, deberán ser dados de alta en un plazo máximo de siete días, a contar desde el nacimiento para tener derecho a la asistencia, siendo imprescindible la presentación del informe del neonatólogo.**
- **Enfermedades congénitas:** En este caso, se requerirá que el alta de la madre haya tenido lugar con al menos diez meses de antelación al nacimiento. Esta garantía se otorgará desde su nacimiento hasta el próximo vencimiento del seguro únicamente durante el primer año de vida del recién nacido, siempre y cuando se haya dado de alta en los plazos anteriormente referidos, y hasta el máximo fijado en el Resumen de Garantías. Este límite se entenderá como parte de la suma asegurada de cobertura del recién nacido.

## 2º.- SERVICIO DE INFORMACIÓN MÉDICA EN ESPAÑA

### Se garantiza:

Un servicio de información telefónica de carácter médico, atendido por facultativos, las veinticuatro horas del día, todos los días del año. Dada la imposibilidad de establecer un diagnóstico por teléfono, la información debe ser considerada como mera sugerencia, no siendo responsable de la misma ni la Aseguradora ni sus cuadros médicos. Asimismo, todas las solicitudes de información quedaran amparadas por el secreto profesional.

## 3º.- ASISTENCIA INTERNACIONAL EN VIAJE

**Se garantiza:** Las coberturas seguidamente indicadas que resulten necesarias por enfermedad o accidente del Asegurado, cuando se produzcan con motivo de viaje al extranjero (**Excepto España, Afganistán, Albania, Argel, Camboya, Guayana Inglesa, Líbano, Mongolia, Nicaragua y El Salvador**), cuya estancia no sea superior a 90 días consecutivos.

### ▪ Traslado sanitario de heridos y enfermos:

En caso de enfermedad o accidente del Asegurado en su viaje al extranjero, la Compañía. se hará cargo del traslado, atención médica incluida, al domicilio del Asegurado o hasta el Centro Hospitalario adecuado, y en ese caso, si está alejado del domicilio habitual, cuando médicamente sea posible, del traslado a dicho domicilio, conforme los criterios del médico tratante y la Compañía. (Avión sanitario especial, avión de línea regular, ambulancia, vehículo sanitario ligero, tren coche cama 1ª clase, trineo en caso de accidente de esquí). **En caso de países no pertenecientes a Europa o Norte de África, el traslado se limita a avión de línea regular, y caso de ser necesario, acompañado de un Médico.**

### ▪ Pago de gastos de curación en el extranjero:

En caso de enfermedad o accidente del Asegurado en su viaje al extranjero, de carácter no previsible, la Compañía. se hará cargo de los gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos, de traslado, incluida ambulancia para traslado local (por prescripción médica), hospitalización, **hasta el límite máximo de 6.010,12 Euros por persona.** También se hará cargo de los gastos de odontólogo, por problemas agudos que requieran tratamiento de urgencia, **hasta el límite máximo de 30,05 Euros.**

### ▪ Prolongación de estancia en hotel:

En caso de imposibilidad, médicamente prescrita, de continuar el viaje tras una hospitalización del Asegurado, enfermedad o accidente en su viaje al extranjero, de carácter no previsible, la Compañía se hará cargo de los gastos por prórroga de estancia en hotel, **hasta el límite máximo de 5 días y 36,06 Euros/día.**

### ▪ Desplazamiento y estancia de acompañante en caso de hospitalización:

En caso de enfermedad o accidente del Asegurado en su viaje al extranjero, de carácter no previsible, que precise hospitalización del mismo superior a 5 días, la Compañía. se hará cargo de los gastos de desplazamiento (ida y vuelta) de acompañante desde cualquier punto de España, en tren (1ª clase) o avión (Turista), y gastos de alojamiento **hasta el límite máximo de 10 días y 36,06 Euros/día.**

### ▪ Repatriación o transporte fallecidos:

En caso de fallecimiento del Asegurado en su viaje al extranjero, de carácter no previsible, la Compañía. se hará cargo y organizara el traslado del féretro hasta su lugar de inhumación en España, gastos de ataúd mínimo obligatorio, de embalsamamiento y de las formalidades administrativas. **Se excluyen los gastos de inhumación y ceremonia.**

El presente contrato de seguros que se le muestra tiene un carácter meramente ilustrativo, dado que incluye la totalidad de las coberturas que pueden contratarse con esta entidad en el producto ofrecido, por lo que no detentan eficacia jurídica alguna. Por ello, el solicitante/asegurado/tomador, respecto de las garantías a contratar o contratadas (cobertura real), deberá estar a lo específicamente estipulado en el Resumen de Garantías, Condiciones o Cláusulas particulares y limitativas de la póliza, que forman parte integrante del contrato de seguro y determinan la cobertura real, sus limitaciones y exclusiones, siendo igualmente requisito imprescindible que haya sido abonada la prima correspondiente a la garantía contratada, conforme se establece en el artículo 1 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.

**Se excluyen:**

- **Los derivados de participación en competiciones deportivas, apuestas, concursos.**
- **Las recaídas de enfermedades existentes, con riesgo de agravación súbita, conocidas por el Asegurado o en tratamiento anterior, antes de iniciar el viaje.**
- **Toda cobertura por enfermedad, accidente o fallecimiento, en caso de que el objeto del viaje sea recibir tratamiento médico.**
- **Enfermedades mentales, estados patológicos, conocidas por el Asegurado o en tratamiento anterior, antes de iniciar el viaje, susceptibles de empeoramiento.**
- **Embarazos. Se cubren a partir del 6º mes las complicaciones imprevisibles.**
- **Gastos por enfermedades crónicas, gafas, lentillas, muletas, prótesis.**
- **Consultas sobre diagnósticos, rehabilitaciones, de enfermedades mentales o nerviosas, curas termales, balnearios, curas de reposo, etc., y tratamientos ordenados en España.**
- **Gasto médico en el extranjero inferior a 15, 03 Euros.**
- **Gastos médicos prescritos y/o recetados en España.**
- **Afecciones o lesiones que pueden ser tratadas "in situ" y no impidan la continuación del viaje.**
- **Tratamiento de enfermedades provocados por intencional ingestión de narcóticos, tóxicos, utilización medicamentos sin prescripción médica, y consumo de bebidas alcohólicas.**

**Forma de prestación de los Servicios de Asistencia en el Extranjero**

**Conformidad:** Es indispensable solicitar previamente la asistencia a la Compañía., al teléfono 34 91 393 90 84 (24 horas), a cobro revertido, indicando nombre del Asegurado, número de tarjeta, dirección, teléfono y servicio solicitado. **La Aseguradora no se hará cargo de la asistencia ajena . no autorizada por ésta.** Toda asistencia no cubierta y prestada a petición del Asegurado, tendrán la naturaleza de adelanto, obligándose el Asegurado a reembolsarlos a la Compañía., una vez transcurridos 30 días desde su regreso a España. **Para reembolsos de gastos médicos el Asegurado deberá entregar facturas e informe médico complementario sobre la naturaleza de la enfermedad.**

**Subrogación:** la Compañía. se subroga, hasta el total del coste de los servicios prestados, en los derechos y acciones del Asegurado que hayan motivado su intervención.

## CAPÍTULO III.- NORMAS APLICABLES AL CONTRATO

### 1º DURACIÓN DEL CONTRATO

Las garantías de la póliza entran en vigor en la hora y fecha indicadas en el Capítulo I "Elementos Esenciales del Contrato", siempre y cuando el Tomador haya firmado la póliza o el documento provisional de cobertura y pagado el recibo de prima correspondiente, estándose a lo consignado en dicho apartado respecto a la duración del mismo, prorrogándose automáticamente a su vencimiento por periodos anuales. No obstante, el Asegurado puede manifestar su oposición a la prórroga, siempre que ésta se realice por escrito con una antelación de dos meses al vencimiento de la póliza vigente.

Asimismo, cumplidos los primeros tres años de duración anual de la póliza de seguros, el Asegurador se compromete a mantener su vigencia, mediante las prórrogas anuales, siempre y cuando el Tomador y/o Asegurado no incurran en un uso fraudulento de los derechos amparados por la póliza y hayan cumplido las obligaciones contenidas en el mismo durante la vigencia del contrato.

### 2º DEBER DE INFORMACIÓN Y BUENA FE

#### Al concretar el seguro:

El contrato de seguro se basa en la buena fe, por este motivo, el Tomador / Asegurado deben declarar en la solicitud de seguro y correspondiente cuestionario de salud todas las circunstancias por ellos conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo, es decir, si padecen o han padecido enfermedades o lesiones recidivantes o que requieran o hayan requerido estudios, investigaciones o tratamientos clínicos, quirúrgicos o de rehabilitación; o en el momento de suscripción padeciera sintomatología que pudiera considerarse el inicio de alguna patología, considerándose todas ellas como **enfermedades preexistentes, cuya prestación de servicios como consecuencia de las mismas se encuentran excluidas expresamente de las coberturas de la póliza.**

En caso de inexactitud o no declaración de las mismas, la Aseguradora podrá rescindir el contrato, correspondiéndole las primas relativas al período en curso hasta la resolución. Si el siniestro sobreviene antes de que la Aseguradora hubiera resuelto el contrato, la prestación de ésta se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido el verdadero riesgo, incluso si medió dolo o culpa grave del Tomador/Asegurado, quedará la Aseguradora liberada del pago de la prestación, lo que también ocurrirá cuando el siniestro se causare por mala fe del asegurado, o cuando este resida más de 90 días consecutivos fuera del territorio nacional durante una misma anualidad de seguro.

#### Durante la vigencia del seguro.

El Tomador / Asegurado deberán, durante el curso del contrato, comunicar al Asegurador de forma inmediata todas las circunstancias que agraven el riesgo, pudiendo en ese caso el Asegurador rescindir el contrato o proponer una modificación del mismo, en cuyo caso, el Tomador dispone de 15 días a contar desde la proposición para aceptarla o rechazarla. En caso de rechazo o de silencio por parte del Tomador / Asegurado, el Asegurador podrá rescindir el contrato, al igual que también podrá hacerlo en el plazo de un mes desde que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo. En el caso de que el Tomador / Asegurado no haya efectuado su declaración y sobreviniere un siniestro, el Asegurador queda liberado de su prestación si el Tomador / Asegurado ha actuado con mala fe. En otro caso, la prestación del Asegurador se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

El Tomador / Asegurado deberán comunicar al Asegurador de forma inmediata las altas y bajas de asegurados que se produjeran durante el curso del contrato, tomando efecto las mismas el primero del mes siguiente a la fecha de notificación efectuada, adaptándose la prima a la nueva situación. Asimismo, el Tomador / Asegurado, sus familiares o causahabientes deberán permitir la visita de los médicos del Asegurador, así como cualquier averiguación o comprobación que éste considere necesaria, desligando a tal fin del secreto profesional a los médicos que hayan atendido al Asegurado.

El Tomador / Asegurado deberá emplear la diligencia debida para aminorar las consecuencias del siniestro, y su incumplimiento dará derecho al Asegurador a reducir la prestación en la proporción oportuna, teniendo en cuenta la importancia de los daños y el grado de culpa del Tomador / Asegurado, incluso si medió dolo o culpa grave del Tomador / Asegurado, quedará el Asegurador liberada del pago de la prestación.

### 3º LA PRIMA DE SEGURO

El Tomador está obligado al pago de la prima, en el domicilio social de la Aseguradora, Sucursal más cercana, o conforme lo pactado en la presente póliza, resultando aplicable, en cuanto a la prima, lo estipulado en los artículos 14 y 15 de la Ley 50/80, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.



La prima anual de esta póliza quedará modificada automáticamente en cada vencimiento anual en función de la variación que experimente el Índice General de Precios de Consumo que publica el Instituto Nacional de Estadística u organismo que lo sustituya. Además, podrá modificarse la prima anual conforme la Tarifa de Primas vigente, en caso de variación de la misma, al amparo del artículo 24 de la Ley 30/1995, de 8 de noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.

Si se ha convenido el cobro de los recibos de prima por medio de cuenta abierta en entidad bancaria que figurará en el Capítulo I "Elementos Esenciales del Contrato", el Tomador entregará a la Aseguradora carta dirigida a la citada entidad, dando la orden oportuna al efecto.

La primera prima anual se calculará proporcionalmente en base a los meses que restan para finalizar el año, ajustando los recibos a la modalidad de pago elegida.

La póliza será renovable por periodos anuales a su vencimiento.

Las primas variarán en función de las tablas actuariales vigentes en cada momento por la normativa de la Aseguradora, la cual será debidamente publicada a tales efectos.

Cuando el Asegurado cumpla, durante el transcurso del seguro, una edad comprendida en otro grupo, se aplicará automáticamente la prima comprendida en la siguiente escala.

#### **4º SUBROGACIÓN**

El Tomador/Asegurado se obliga a facilitar la subrogación a favor del Asegurador de los derechos que le correspondan contra un tercero en caso de siniestro en lo relativo a los gastos de Asistencia Sanitaria. A tales fines, deberá dar traslado al Asegurador de todas las notificaciones que pudiera recibir relativas al siniestro que provengan de Juzgados, de la Administración, terceros perjudicado o similares.

#### **5º COMUNICACIONES**

El Tomador / Asegurado se comprometen a cursar todas las comunicaciones al domicilio social de GROUPAMA, Seguros y Reaseguros, S.A. señalado al principio del contrato, en sus Sucursales o, en su caso, a través de Agente de ésta entidad. Igualmente la Aseguradora dirigirá todas las comunicaciones al domicilio que figure en la póliza, teniendo la obligación el Tomador de notificar los cambios de domicilio.

#### **6º PRESCRIPCIÓN**

**Las acciones que se deriven del contrato de seguro prescribirán en el término de CINCO AÑOS a contar desde el día en que pudieron ejercitarse.**

#### **7º PLAZOS DE CARENIA**

**Las garantías contratadas de la póliza no entrarán en vigor hasta que transcurran los períodos de carencia que constan en el Cuadro "Plazos de Carencia de Cobertura" que constan en el Capítulo I "Elementos Esenciales del Contrato" desde el alta del Asegurado en el seguro, salvo que los casos de de urgencia vital, en los que no existen plazos de carencia.**

#### **8º MARCO NORMATIVO**

GROUPAMA SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., tiene su domicilio en Madrid, Plaza de las Cortes, 8, siendo aplicable al presente contrato la legislación española.

El presente contrato se rige por la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro y 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, y demás legislación aplicable, así como por expresamente pactado en este contrato.

La autoridad de control es la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía, siendo las instancias de reclamación y resolución de conflictos siguientes:

- Servicio de Atención al Cliente (SAC) de GROUPAMA Seguros y Reaseguros, S.A. a través de su web en Internet: [www.groupama.es](http://www.groupama.es)
- Comisionado para la Defensa del Asegurado y Partícipe de los Planes de Pensiones, siendo preceptivo para acudir a ésta instancia la reclamación previa ante el Servicio de Atención al Cliente (SAC) de GROUPAMA Seguros y Reaseguros, S.A.
- Juzgados y Tribunales competentes en función del domicilio del Asegurado.

El presente contrato de seguros que se le muestra tiene un carácter meramente ilustrativo, dado que incluye la totalidad de las coberturas que pueden contratarse con esta entidad en el producto ofrecido, por lo que no detentan eficacia jurídica alguna. Por ello, el solicitante/asegurado/tomador, respecto de las garantías a contratar o contratadas (cobertura real), deberá estar a lo específicamente estipulado en el Resumen de Garantías, Condiciones o Cláusulas particulares y limitativas de la póliza, que forman parte integrante del contrato de seguro y determinan la cobertura real, sus limitaciones y exclusiones, siendo igualmente requisito imprescindible que haya sido abonada la prima correspondiente a la garantía contratada, conforme se establece en el artículo 1 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.

## 9º - SERVICIO DE ATENCIÓN AL CLIENTE

### **FUNCIÓN:**

Groupama Seguros pone a disposición; de sus tomadores de seguros, asegurados, beneficiarios, terceros perjudicados o los causahabientes de cualquiera de los anteriores, así como igualmente de los partícipes y beneficiarios de los planes de pensiones; un Servicio de Atención al Cliente (SAC), el cual será competente para conocer y resolver cuantas quejas y reclamaciones le formulen, sin límite económico, con excepción de las contenidas en el Reglamento para la Defensa del Cliente, en relación con las pólizas de seguro concertadas con la Compañía, una vez haya agotado la vía ordinaria de reclamación ante los órganos competentes de la Sociedad, o transcurridos 30 días sin que dichos órganos hayan contestado dicha reclamación.

### **NORMAS:**

Las quejas o reclamaciones señaladas deberán efectuarse, por escrito ante el Servicio de Atención al Cliente (SAC), preferentemente por medios telemáticos, a través del web en Internet de la Compañía, en la dirección [www.groupama.es](http://www.groupama.es), y de conformidad con el Reglamento para la Defensa del Cliente.

Asimismo, también es posible su envío por correo ordinario a la siguiente dirección: Servicio de Atención al Cliente (SAC), Plaza de las Cortes, 8 - 28014 Madrid; debiendo contener, al menos, la siguiente información: nombre y apellidos, o denominación social del reclamante, N.I.F., teléfono, domicilio, localidad, provincia, C.P., clase de seguro, número de póliza; especificando seguidamente las causas que motivan la queja o reclamación, el objeto o la pretensión que se formula, así como la indicación de que el reclamante no tiene conocimiento de que la queja o reclamación esta siendo sustanciada a través de procedimiento administrativo, arbitral o judicial.

El reclamante podrá hacer el seguimiento de la respuesta a su queja o reclamación a través de dicha página web en todo momento, donde igualmente podrá consultar el Reglamento para la Defensa del Cliente por el que se regula la actividad del "Servicio de Atención al Cliente" como Departamento o Servicio de Atención al Cliente de la entidad "Groupama Seguros"; en cumplimiento de las previsiones que se contienen la Orden ECO/734/2004, de 11 de marzo, por la que se regulan los Departamentos y Servicios de Atención al Cliente y el Defensor al Cliente de las entidades financieras.

## CAPÍTULO IV.- EXCLUSIONES GENERALES DEL CONTRATO

### 1º- EXCLUSIONES GENERALES

Quedan expresamente excluidos de la cobertura de este seguro:

- Toda clase de enfermedades preexistentes, es decir, aquella anterior a la fecha de contratación de la póliza, sea o no conocida por el Asegurado, y haya tenido o no manifestación clínica anterior, y las que se deriven de ellas o las de accidentes anteriores al alta del Asegurado en la póliza.
- El Tomador en nombre propio y en nombre de los beneficiarios en cuyo favor estipula y/o cada uno de estos, debe manifestar en el momento de suscribir la proposición de seguro si padecen o han padecido lesiones o enfermedades recidivantes o que se requieran o hubieran requerido estudios, investigaciones o tratamientos clínicos, quirúrgicos o de rehabilitación; o en el momento de la suscripción padecieran sintomatología que pudiera considerarse inicio de alguna patología. Si así fuera, la afección declarada se tendrá como preexistente, y por lo tanto ajena a las coberturas contractualmente pactadas. En caso de preexistencia, el Asegurado se reserva el derecho de aceptar o rechazar el ingreso del solicitante o solicitantes en cuestión y, si lo acepta, se incorporará a la póliza la correspondiente cláusula de exclusión de cobertura en cuanto a la prestación de servicios por enfermedades preexistentes o afecciones derivadas de las mismas.
- Defectos o deformaciones físicas preexistentes y anomalías o defectos congénitos o hereditarios, así como lesiones cutáneas benignas de la piel.
- Chequeos o exámenes médicos de carácter preventivo, excepto los expresamente contemplados con cobertura en la póliza.
- Medicación fuera del hospital a excepción de los fármacos destinados al tratamiento, cobertura quimioterápico en régimen de hospital de día.
- El alcoholismo, la drogadicción, y las intoxicaciones debidas al abuso del alcohol y al uso de psicofármacos, estupefacientes o alucinógenos.
- Las enfermedades derivadas de intento de suicidio y autolesión.
- Las que ocurran como consecuencia de guerras civiles, internaciones o coloniales, rebeliones, revoluciones, motines, alzamientos, represiones y maniobras militares, aún en tiempo de paz y las que guarden relación directa o indirecta con radiación nuclear o contaminación radiactiva, así como las que provengan de cataclismos, como terremotos, inundaciones, erupciones volcánicas y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos salvo el rayo.
- Enfermedades o accidentes resultantes de la participación del Asegurado en actividades deportivas o recreativas de elevada peligrosidad, citándose entre ellas, a modo únicamente enunciativo: actividades subterráneas o subacuáticas, alpinismo y escalada, paracaidismo, saltos desde puentes o lugares elevados, vuelo delta, torero, boxeo y carreras organizadas con vehículos, embarcaciones o esquís y la práctica profesional de deportes.
- Los tratamientos de fertilidad.
- Los tratamientos de tipo experimental, la homeopatía, organometría y acupuntura.
- La interrupción voluntaria del embarazo salvo en aquellos casos amparados por la legislación vigente.
- Cirugía plástica, reparadora o estética, salvo las intervenciones que sean necesarias como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza y para la reparación del daño causado.
- Tratamientos dietéticos y curas de adelgazamiento.
- Tratamiento de procesos capilares (Ej: Alopecias).
- Tratamiento del acné.
- Los trasplantes de órganos.
- El reembolso de gastos por Asistencia sanitaria prestada por el cónyuge, hermanos, ascendientes o descendientes de un Asegurado. Así como por facultativos o centros de cuyos cargos el Asegurado haya, razonablemente considerado suspender el reembolso, previo aviso al Asegurado de tal suspensión, que respecto a tratamientos en curso no tendrá lugar antes de dos meses desde el aviso.

## CAPÍTULO V.- INFORMACIÓN DE INTERÉS

### L.O.P.D.

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, el Tomador/Asegurado reconoce ser informado de la existencia de un fichero automatizado de datos de carácter personal del que es responsable Groupama Seguros, entidad ante la que podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, proporcionándose los datos como condición indispensable para la contratación del seguro y otorgando expresamente su consentimiento:

- Para que los mismos sean incorporados al fichero y tratados informáticamente para los fines legítimos de la actividad aseguradora, y
- Para ser utilizados en la promoción publicitaria de los servicios y productos ofertados por las empresas del Grupo al que pertenece la Compañía, relacionados con el Sector del Seguro.
- Para que puedan ser cedidos a otras entidades para la realización de estudios estadístico actuariales y la lucha contra el fraude, así como a ficheros comunes de prevención del fraude y de liquidación de siniestros.
- Para que puedan ser cedidos entre las entidades que integran el grupo asegurador Groupama en España y a quienes éstas arrienden sus servicios o medien en seguros, es decir, a cuantos operadores sean necesarios para el cumplimiento de los derechos y obligaciones dimanantes del Contrato de Seguro, siendo todos ellos los destinatarios de la información, quedando informado que dicha comunicación a las Entidades del Grupo Groupama se produce en el mismo momento en que proporcionan los datos a Groupama Seguros.
- Para que puedan ser cedidos a los efectos del reaseguro y coaseguro del riesgo.

En caso de que los datos personales se faciliten por persona (tomador) distinta del titular de los mismos (asegurado, beneficiario, etc.), recaerá en éste la obligación de informar a los mismos de la existencia de un fichero automatizado de datos de carácter personal, de sus derechos recogidos en la presente cláusula, así como de recabar el consentimiento de esos titulares para su tratamiento con los fines anteriormente expuestos.

El Tomador / Asegurado reconoce ser informado de que podrá acceder, rectificar, cancelar y oponerse al contenido de sus datos en dicho fichero en los términos establecidos en los artículos 15 y 16 de la Ley 15/99, de 13 de diciembre, (LOPD), en la Plaza de las Cortes, 8 - 28043 de Madrid, ante el responsable del fichero, que es la propia entidad, GROUPAMA PLUS ULTRA, SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.

### CONSULTAS O GESTIONES RELATIVAS A SU PÓLIZA

Si Usted lo desea podrá realizar cualquier consulta o gestión relativa a su póliza a través de:

- La Sucursal INTERNET, **www.groupama.es**, de Groupama Seguros, donde directamente a través de su ordenador, desde su domicilio o lugar de trabajo, sin horarios ni esperas, podrá los 365 días del año, consultar sus pólizas, declarar siniestros, modificar los datos contractuales de las mismas, solicitar la documentación que necesite, etc., y todo ello, simplemente mediante la contraseña y número de usuario que se le asigna, la cual consta en el apartado "Elementos Esenciales del Contrato" del presente documento. Asimismo, nos congratulamos de informarle que nuestra oferta de servicios se encuentra en continuo crecimiento y muy pronto se verá ampliada con servicios de índole diversa, que serán muy interesantes para usted, y de los cuales será puntualmente informado a través de la Sucursal INTERNET.
- Su Agente o Corredor de Seguros, directamente o a través de su página web en Internet en su caso.
- La Sucursal de Groupama Seguros de su demarcación.
- Llamando al 902 25 10 25