Todo lo que necesitas para tu tranquilidad y seguridad.

Condiciones Generales - Seguro de Salud Completo



linea directa

Seguro de Salud Completo



Índice

I. Introducción a la póliza 6
I.I. Marco Jurídico 6
I.2. Términos Aseguradores 6
I.3. Bases de la Póliza.... 11
I.4. Obligaciones del tomador y/o asegurado 13
I.5. Obligaciones de La Aseguradora 16

II. Garantías 16
II.1. Medicina primaria 16
II.2. Urgencias 17
II.3. Especialidades médicas y quirúrgicas 17
II.4. Medios de diagnóstico 18
II.5. Hospitalización e intervención quirúrgica 19
II.6. Prótesis 20
II.7. Tratamientos especiales 21
II.8. Transporte sanitario 22
II.9. Asistencia médica telefónica 22
II.I0. Telemedicina 22
II.II. Asistencia en el extranjero 23
II.I2. Segunda opinión médica por enfermedades graves 29
II.I3. Dental básico 30

III. Garantías Opcionales 30
III.1. Dental completo 30
III.2. Reembolso 31

IV. Programas de Prevención 32

V. Prestaciones que en ningún caso son cubiertas por La Aseguradora 32

VI. Periodos de carencia 34

VII. Procedimiento en caso de siniestro 35

VIII. Consultas y Reclamaciones. Defensor del Cliente. Normas de Actuación 35

IX. Anexo de coberturas y franquicias garantía opcional “Dental completo” 36

X. Aceptación de la póliza 47

I. Introducción a la Póliza

I.1. Marco Jurídico

1 LEGISLACIÓN APLICABLE

Esta Póliza se rige por la Ley 50/1980, de 8 de octubre de Contrato de Seguro, por la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, y su Reglamento de Desarrollo (Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras reaseguradoras), por la Ley 22/2007 de 11 de julio, sobre comercialización a distancia de servicios financieros destinados a los consumidores, la Ley 26/2006, de 17 de julio, de mediación de seguros y reaseguros privados, y por lo convenido en la propia Póliza y por las normas que en el futuro sustituyan o modifiquen a las enumeradas o puedan resultar de aplicación. El control de la actividad del Asegurador corresponde en España al Ministerio de Economía a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

2 JURISDICCIÓN Y ARBITRAJE

La Póliza queda sometida a la jurisdicción española y será juez competente el del domicilio del Asegurado, a cuyo efecto este designará uno en España si estuviese domiciliado en el extranjero. Con expresa conformidad de las partes, podrán someterse las diferencias derivadas de esta Póliza al juicio de árbitros, de acuerdo con la legislación vigente.

3 PRESCRIPCIÓN

Las acciones para exigir los derechos derivados de la Póliza prescriben a los cinco años, a partir del momento en que pudieron ejercitarse dichas acciones.

I.2. Términos aseguradores

ACCIDENTE

Lesión corporal sufrida por una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del asegurado cuyas consecuencias económicas dañosas estén cubiertas por la Póliza. El conjunto de los daños corporales derivados de una misma causa y producidos en el mismo tiempo, constituye un solo siniestro.

ACTO MÉDICO

Toda asistencia sanitaria realizada por un profesional de la medicina, prueba médica diagnóstica o terapéutica, y/o tratamiento médico encaminado a la recuperación del estado de salud de un Asegurado.

ASEGURADO

Cada persona incluida en la Póliza y especificada en las Condiciones Particulares, con derecho a percibir las prestaciones del seguro, y que puede o no coincidir con la persona del Tomador.

ASISTENCIA SANITARIA

Acto de atender o cuidar la salud de una persona.

ASISTENCIA SANITARIA HOSPITALARIA / CON HOSPITALIZACIÓN

Es la asistencia prestada en un centro hospitalario en régimen de internamiento,

con registro de entrada y permanencia del Asegurado como paciente, durante mínimo de 24 horas, para el diagnóstico, tratamiento médico o quirúrgico.

ASISTENCIA SANITARIA SIN HOSPITALIZACIÓN /AMBULANTE

Es la asistencia diagnóstica, médica o quirúrgica prestada en centros médicos, y/o hospitales sin hospitalización.

ASISTENCIA POR MOTIVOS DE TIPO SOCIO-FAMILIAR

Asistencia relacionada con una situación personal del Asegurado no derivada de una patología médica concreta y, por lo tanto, no susceptible de cobertura por la entidad aseguradora.

DIPLOMADO UNIVERSITARIO EN ENFERMERÍA (D.U.E.)

Profesional legalmente capacitado y autorizado para el ejercicio de la actividad de enfermería.

CARENCIA

Periodo de tiempo durante el cual no entran en vigor algunas de las coberturas incluidas dentro de las garantías que recoja la misma. Las carencias pueden variar dependiendo del producto contratado.

COMPAÑÍA ASEGURADORA

Sociedad que asume la cobertura de las modalidades especificadas en las Condiciones Particulares, en este caso, Línea Directa Aseguradora, S.A., Compañía de Seguros y Reaseguros. (en adelante, "La Aseguradora").

CONSULTA

Acción y efecto de atender y examinar el médico a un enfermo, realizando las exploraciones habituales con o sin apoyo de otras pruebas de diagnóstico complementarias, para obtener un diagnóstico, un pronóstico y prescribir un tratamiento.

COPAGO

Participación del Asegurado en la cuantía del coste del acto médico o serie de actos, según el servicio médico requerido, recibido de los profesionales o centros que presten el mismo, y que se abonará directamente a La Aseguradora.

CUADRO DENTAL

Relación de profesionales y establecimientos dentales concertados por La Aseguradora a nivel nacional. En el Cuadro Dental se relacionan, los profesionales y establecimientos dentales concertados, los servicios de información y teléfonos de atención al Asegurado de todo el territorio nacional. El Tomador/Asegurado ha sido informado previamente a la suscripción de la Póliza que los profesionales y los centros que integran el Cuadro Dental actúan con plena independencia de criterio, autonomía y exclusiva responsabilidad en el ámbito de la prestación odontológica que les es propia, circunstancia que reconoce y asume.

El Cuadro Dental podrá ampliarse o modificarse en cualquier momento. En la página web y en la app de La Aseguradora encontrará en todo momento el Cuadro Dental actualizado.

CUADRO MÉDICO

Relación de profesionales y establecimientos sanitarios concertados por La Aseguradora a nivel nacional. En el Cuadro Médico se relaciona, los profesionales y establecimientos sanitarios concertados, los servicios de información y teléfonos de

atención al Asegurado de todo el territorio nacional. El Tomador/Asegurado ha sido informado, previamente a la suscripción de la Póliza, que los profesionales y los centros que integran el Cuadro Médico actúan con plena independencia de criterio, autonomía y exclusiva responsabilidad en el ámbito de la prestación sanitaria que les es propia, circunstancia que reconoce y asume.

El Cuadro Médico podrá ampliarse o modificarse en cualquier momento. En la página web y en la app de La Aseguradora se encontrará en todo momento el Cuadro Médico actualizado.

CUESTIONARIO DE SALUD

Declaración de salud realizada por el Tomador o Asegurado, firmada o validada telefónica o electrónicamente en un entorno seguro, antes de la formalización de la Póliza que sirve a La Aseguradora para la valoración del riesgo que es objeto del seguro.

DOLO

Acción u omisión cometida con fraude o engaño con la intención de producir un daño u obtener un beneficio afectando los intereses de La Aseguradora o un tercero.

ENFERMEDAD

Toda alteración de la salud del Asegurado no causada por un accidente, que sea diagnosticada por un Médico y haga preciso un tratamiento médico o quirúrgico.

ENFERMEDAD CONGÉNITA

Toda enfermedad con la que nace el Asegurado, por haberse contraído en el seno del útero materno o por tener un origen genético.

ENFERMEDAD PRE-EXISTENTE

Aquel estado de salud no necesariamente patológico (por ejemplo, embarazo), alteración o trastorno orgánico que existe previo a la contratación del seguro, independientemente de que exista un diagnóstico médico.

FECHA DE EFECTO

Fecha en que entrará en vigor la cobertura pactada para cada uno de los Asegurados.

FRANQUICIA

Cuantía de los gastos médicos u hospitalarios no incluidos en la cobertura del seguro que, conforme a lo establecido en las correspondientes garantías, son abonados por el propio Tomador o Asegurado al proveedor médico.

FRANQUICIA DENTAL

Importe que el Asegurado debe abonar al profesional o Centro Dental por los servicios odontológicos que, cubiertos por este seguro, utilice. Dicho importe vendrá fijado en el anexo de coberturas y franquicias que se integran en la Póliza.

Los servicios odontológicos, así como sus importes podrán ser modificados y/o actualizados anualmente, siempre que La Aseguradora comunique al tomador, al menos con dos meses de antelación a la conclusión del período en curso, cualquier modificación del contrato de seguro. La Aseguradora tendrá accesible en su web la información actualizada de coberturas y franquicias dentales.

HOSPITAL

Todo establecimiento autorizado legalmente para el tratamiento médico o quirúrgico de enfermedades o lesiones corporales, atendido permanentemente por

un Médico. No se consideran hospitales, a efectos de esta Póliza, los hoteles, residencias de tercera edad, asilos, casas de reposo o de convalecencia, balnearios, instalaciones dedicadas principalmente al internamiento o tratamiento de enfermedades crónicas, drogadictos o alcohólicos, o instituciones similares.

HOSPITALIZACIÓN

Se entiende por hospitalización a efectos de este contrato la permanencia del Asegurado como paciente en un hospital por un periodo mínimo de 24 horas.

HOSPITALIZACIÓN DE DÍA

El hecho de que una persona figura registrada como paciente y permanezca en aquellas unidades hospitalarias así denominadas específicamente para recibir un tratamiento concreto o por haber estado bajo la acción de anestesia, sin que ello suponga pernoctar y pudiendo o no realizar alguna de las comidas principales en dicha unidad hospitalaria.

HOSPITALIZACIÓN DE CARÁCTER SOCIO-FAMILIAR

Hospitalización relacionada con una situación personal del Asegurado no derivada de una patología médica concreta y por lo tanto no susceptible de cobertura por la Entidad Aseguradora.

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

Toda operación mediante incisión u otra vía de abordaje interno efectuada por un Médico.

MÉDICO

Doctor o Licenciado en Medicina legalmente capacitado y autorizado para tratar médica o quirúrgicamente las enfermedades o lesiones.

MÉDICO ESPECIALISTA

Médico que dispone de la titulación necesaria para ejercer su profesión dentro de una de las especialidades médicas legalmente reconocidas.

PARTO

Se define como la salida de uno o más recién nacidos desde el interior de la cavidad uterina al exterior. El parto normal o a término es aquel que se produce entre las semanas 37 y 42, desde la fecha de la última menstruación. Los partos ocurridos antes de las 37 semanas se consideran partos prematuros y los que ocurren después de las 42 semanas se consideran partos post-término.

PÓLIZA O CONTRATO

Es el documento que contiene las condiciones reguladoras del seguro.

Forman parte integrante de la Póliza:

- Las Condiciones Generales, que recogen el conjunto de cláusulas generales en la modalidad de garantía.
- Las Condiciones Particulares que individualizan el riesgo.
- Los Suplementos, Apéndices o Actualizaciones que se emitan a la Póliza para complementarla o modificarla.
- Las Condiciones Especiales que modifican las generales.

PRESTACIÓN

Consiste en la cobertura de la asistencia sanitaria derivada del acaecimiento del si-

niestro en la forma establecida en las presentes Condiciones Generales.

PRIMA

Es el precio del seguro que usted ha contratado y que ha de satisfacer a la entidad aseguradora para que asuma el riesgo objeto de la cobertura del seguro. El importe de la misma se calcula y actualiza anualmente en función de los factores que definen el riesgo soportado por La Aseguradora, teniendo en cuenta su historial de siniestralidad registrado en los precedentes periodos de seguro; las variaciones que se produzcan en los factores individuales de riesgo delimitados en las bases técnicas de la entidad, en función de los datos que nos ha facilitado en el cuestionario de contratación; la combinación de los mismos en base a modelos estadísticos; así como las variaciones al alza en el índice de precios al consumo.

PRÓTESIS

Todo material que sustituye a un órgano o a una parte de él para lograr un buen funcionamiento de la parte u órgano sustituido o simplemente para mejorar el efecto estético.

PRUEBA DIAGNÓSTICA

Conjunto de medios de cualquier tipo, los cuales tendrán como finalidad primaria la identificación de una patología o enfermedad.

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS PRENATALES

Conjunto de medios que tienen como finalidad primaria el seguimiento del correcto desarrollo fetal.

REEMBOLSO

Es una modalidad que permite al Asegurado elegir libremente a los profesionales que precisa según su criterio, sin necesidad de recurrir a un Cuadro Médico concertado. El Asegurado pagará el servicio sanitario recibido y La Aseguradora reembolsará el importe según el porcentaje pactado en la Póliza, mediante transferencia bancaria a la cuenta corriente facilitada por el Tomador o Asegurado.

SINIESTRO

Acontecimiento que ocasiona una dolencia cuyas consecuencias requieren la Asistencia Sanitaria objeto de cobertura por la Póliza.

TARJETA SANITARIA

Documento electrónico o físico, que acredita al Asegurado para recibir los servicios cubiertos por la Póliza y que es, en consecuencia, personal e intransferible.

TOMADOR

Persona física o jurídica que contrata el seguro con La Aseguradora y al que corresponden las obligaciones derivadas del Contrato.

TRANSPORTE SANITARIO

Comprende el transporte especial de enfermos o accidentados cuando concurra alguna de las circunstancias expuestas en la presente Póliza.

TRATAMIENTO

Conjunto de medios de cualquier tipo, los cuales tendrán como finalidad primaria la curación o el alivio de enfermedades, una vez que ya se ha llevado a cabo el diagnóstico de las mismas.

URGENCIA

Situación del asegurado que requiera de las necesarias asistencias de carácter urgente.

URGENCIA ODONTOLÓGICA

Es aquella situación clínica derivada o relacionada con una dolencia odontológica que requiere una pronta asistencia odontológica.

URGENCIA DOMICILIARIA

Asistencia en el domicilio del Asegurado en caso de urgencia prestada por Médico General o Diplomado Universitario en Enfermería.

I.3. Bases de la Póliza

Artículo 1. Objeto

Esta Póliza tiene por objeto garantizar al Asegurado la asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria que proceda en toda clase de enfermedades o lesiones que se encuentren comprendidas en el listado de garantías contratadas. La asistencia se prestará en los centros concertados a tal efecto salvo que expresamente se disponga otra cosa.

Artículo 2. Perfección y efectos

El Contrato se perfecciona por el consentimiento de ambas partes manifestado por vía telefónica o telemática, sin perjuicio de la obligación del Tomador de devolver la Póliza que le envíe La Aseguradora, debidamente firmada, en el plazo de 15 días a contar desde su recepción. El Tomador reconoce haber conocido antes de prestar consentimiento, y a través de la página web de La Aseguradora, el contenido de estas Condiciones Generales.

La Aseguradora quedará liberada de su obligación si la primera prima no ha sido pagada por culpa del Tomador antes de que se produzca el siniestro.

Derecho de Desistimiento: el Tomador puede resolver unilateralmente el Contrato durante los 14 días posteriores a la recepción de estas condiciones contractuales, siempre y cuando no haya ocurrido un siniestro o haya hecho uso del seguro por cualquier causa. Para resolver el Contrato, deberá comunicarlo a La Aseguradora por cualquier medio que permita dejar constancia de la notificación, sin que sea necesario indicar motivo alguno. Desde que esa notificación sea expedida cesará la cobertura del riesgo por parte de La Aseguradora que, antes de 30 días, procederá sin aplicar penalización alguna, a la devolución de la parte de prima no consumida.

Artículo 3. Duración y extinción

La Póliza tendrá la duración pactada en las Condiciones Particulares. Si es de duración anual, a cada vencimiento se entenderá prorrogada por períodos iguales y sucesivos.

Las partes pueden oponerse a la prórroga del contrato mediante una notificación escrita a la otra parte, efectuada con un plazo de, al menos, un mes de anticipación a la conclusión del período del seguro en curso cuando quien se oponga a la prórroga sea el Tomador, y de 2 meses cuando sea La Aseguradora.

En todo caso, la presente Póliza de seguro se extinguirá:

- Al fallecimiento del Asegurado.
- Si al contratar el Tomador/Asegurado incurrió en dolo o culpa grave.
- Si el Asegurado no emplea los medios a su alcance para limitar razonablemente los costes de la prestación, pudiendo perder el derecho a la misma si se comprueba que ha obrado con mala fe o abuso manifiesto.
- Si no facilita a La Aseguradora, en caso de accidente con un tercero civilmente responsable, la información y documentación necesarias para la reclamación que proceda.

La extinción de la Póliza por cualquiera de estos motivos se producirá en el día de su ocurrencia o en el día en que La Aseguradora tenga conocimiento de ellos, no existiendo para el Asegurado derecho a la devolución de la prima no consumida en el mes en el que se hace efectiva.

Las coberturas de la Póliza cesarán automáticamente al producirse la resolución del contrato, quedando el Asegurado sin derecho a la prestación de los servicios.

Artículo 4. Ámbito territorial

La Asistencia Sanitaria cubierta por el seguro en esta Modalidad se prestará en todas las ciudades españolas donde La Aseguradora tenga contratada esta prestación con facultativos, clínicas y otros establecimientos e instituciones, incluso entidades de seguro, que estarán incluidas en sus Cuadros Médicos.

Cuando en la población donde se encuentre el Asegurado no exista alguno de los servicios que son objeto de cobertura por esta Póliza, serán facilitados en la provincia donde los mismos puedan realizarse, a elección del Asegurado.

La Asistencia Sanitaria fuera de España, exclusivamente será cubierta por las garantías de Asistencia en el extranjero descritas en el apartado correspondiente “Asistencia en el extranjero”.

Artículo 5. Comunicaciones Generales

En atención a las características de esta Póliza todas las comunicaciones entre el Tomador/Asegurado y La Aseguradora se realizarán, principalmente por medios telemáticos (app móvil, web, correo electrónico, mensaje de texto (SMS) o llamada telefónica).

Ambas partes aceptan de forma expresa el uso de plataformas de confianza de proveedores certificados de Terceros de Confianza para el envío de comunicaciones fehacientes.

Si las comunicaciones fueran telefónicas, el Asegurado podrá solicitar una confirmación escrita, efectuándose siempre la misma por medios electrónicos.

El Asegurado se compromete a hacer llegar aquellos documentos originales necesarios para la tramitación de su prestación que le sean solicitados por La Aseguradora, mediante escaneo de la información y envío por correo electrónico de manera prioritaria, sin perjuicio de hacerla llegar por vía postal, si le resultara más fácil al Asegurado.

Las direcciones válidas a efectos de cualquier notificación realizada por La Aseguradora serán la dirección de Correo Electrónico y Teléfonos, así como las Direcciones Postales, recogidos en las Condiciones Particulares en el apartado " datos de notificación" de la Póliza o aquellas que hayan sido actualizadas de forma fehaciente con posterioridad de manera directa entre el Tomador/Asegurado y La Aseguradora.

Con el objeto de facilitar la continuidad en las comunicaciones entre los firmantes de este contrato, las partes se comprometen a mantener los números de teléfono móvil, fax, dirección de correo electrónico y dirección postal reflejados en condiciones particulares actualizados y, en caso de modificación, a notificarlo en el plazo de 30 días, por conducto fehaciente a la otra parte.

Para realizar cualquier consulta, modificación o gestión relacionada con la Póliza, el Tomador/Asegurado deberá facilitar a La Aseguradora los datos que esta le solicite a efectos de comprobar la identidad del interlocutor. La Aseguradora podrá establecer procesos de identificación y autenticación telefónica o telemática (p. ej., mediante el uso de contraseñas, la exigencia de utilización de DNI electrónico o de firma electrónica avanzada o reconocida, etc.) para el acceso a la información, ya sea por medios telemáticos o medios telefónicos.

La Aseguradora podrá grabar las conversaciones que se inicien desde o tengan como destino los teléfonos de La Aseguradora. Estas grabaciones se podrán utilizar como medio de prueba para cualquier reclamación que se pueda plantear entre ambas partes, así como a los efectos de control de calidad de la atención telefónica.

Cuando las comunicaciones de La Aseguradora se realicen por correo postal, se enviarán a la dirección postal comunicada por el Tomador en la Póliza de seguro. Surtirán efecto, como si se hubieran recibido: las comunicaciones escritas que fueran rehusadas, las certificadas no recogidas en la Oficina de Correos, las que no lleguen a su destino por haber cambiado la dirección postal sin haberlo notificado de forma fehaciente a La Aseguradora, así como aquellas comunicaciones fehacientes remitidas por el proveedor a través de medios electrónicos y que el Tomador/Asegurado rehúse, no abra o no acceda a ellas.

La Aseguradora deberá comunicar al tomador, al menos con dos meses de antelación a la conclusión del período en curso, cualquier modificación del contrato de seguro.

I.4. Obligaciones del tomador y/o del asegurado

Artículo 6. Declaraciones sobre el riesgo

El Tomador del seguro tiene el deber, antes de la perfección del Contrato, de declarar a La Aseguradora, de acuerdo con el Cuestionario de Salud que este le someta telefónicamente o por vía telemática, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo.

Las declaraciones formuladas por el Tomador en respuesta al cuestionario realizado por teléfono o por vía telemática, quedan recogidas en el documento de las Condiciones Particulares que forman parte de la Póliza.

En caso de constatarse un error en la Póliza, el Tomador dispone del plazo de un mes, a contar desde la entrega de la misma, para que subsane la divergencia existente. Transcurrido este plazo sin reclamar, se estará a lo dispuesto en la Póliza.

Artículo 7. Veracidad de las declaraciones

El Tomador se compromete a que toda la información facilitada o que facilite a La Aseguradora, tanto en la solicitud de seguro como durante toda la vigencia de la presente Póliza, sea cierta y no ha omitido dato alguno sobre el estado de salud de cada uno de los Asegurados.

La Aseguradora, con el consentimiento de los titulares, y en función de finalidades legítimas, podrá consultar y tratar datos procedentes de fuentes accesibles al público y ficheros titularidad de terceros a fin de verificar la veracidad de los datos y declaraciones aportadas, así como, en su caso, completar los mismos.

Para tener un conocimiento más exacto del riesgo, cuando, a raíz de la información que sea facilitada por el Tomador o declarada en el cuestionario, se desprenda la posible existencia de un riesgo agravado, La Aseguradora podrá solicitar al Tomador la realización de un reconocimiento médico y/o la aportación de información adicional al efecto como condición para la celebración del contrato, así como para la evaluación de la aplicación de las coberturas que correspondan.

La Aseguradora podrá rescindir la Póliza mediante comunicación escrita enviada por vía telemática o postal dirigida al Tomador en el plazo de un mes, a contar desde el conocimiento de la reserva o inexactitud en las declaraciones efectuadas por el mismo, sobre los datos e informaciones requeridos sobre el Tomador y el resto de personas incluidas en la Póliza.

Desde el momento mismo en que La Aseguradora haga esta declaración, quedarán en su propiedad las primas correspondientes al período en curso.

Si el siniestro sobreviniese antes de que La Aseguradora hubiese hecho la declaración a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de esta se reducirá en la misma proporción existente entre la prima convenida en la Póliza y la que corresponda de acuerdo con la verdadera entidad del riesgo.

Cuando la reserva o inexactitud se hubiese producido mediante dolo o culpa grave del Tomador, La Aseguradora quedará liberada del pago de la prestación.

Artículo 8. Pago de la prima

El Tomador está obligado al pago de la primera prima una vez perfeccionado el Contrato conforme a lo dispuesto en el artículo 2 de estas Condiciones Generales. Las sucesivas primas o fracciones deberán hacerse efectivas a sus correspondientes vencimientos.

Si por culpa del Tomador no se hubiese satisfecho la primera prima o fracción de la misma, La Aseguradora tiene derecho a resolver la Póliza o a exigir el pago de la prima debida en vía ejecutiva.

La Aseguradora quedará liberada de su obligación, si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro o cualquier uso del seguro.

Con independencia de que la prima se pague de manera fraccionada, el Tomador se obliga a pagar la totalidad del importe de la prima que corresponda al plazo del Contrato.

La Aseguradora establecerá un recargo de cinco (5) euros por los gastos de devolución de los recibos.

En caso de falta de pago de una de las primas siguientes o de cualquiera de sus fracciones, tendrá lugar la suspensión de todas las garantías, un mes después del día de su vencimiento, reservándose La Aseguradora el derecho a resolver el Contrato. En caso de que La Aseguradora no haya resuelto el Contrato o reclamado la prima o fracción en el plazo de los 6 meses siguientes al impago, el Contrato quedará extinguido automáticamente. Adicionalmente, La Aseguradora podrá suspender el beneficio de aplazamiento en el pago.

Si el Contrato no hubiese sido resuelto o extinguido conforme a los párrafos anteriores, la cobertura volverá a tener efecto a las 24 horas del día en que el Tomador pagó.

Artículo 9. Copagos

El Tomador se obliga a pagar los importes correspondientes a los copagos (en los casos en los que se contraten) que figuran en las Condiciones Particulares del presente Contrato.

La Aseguradora facturará los importes derivados de copagos con la periodicidad acordada y el Tomador deberá atender su pago a través de la modalidad de pago seleccionada.

La Aseguradora podrá establecer un recargo de dos (2) euros por los gastos de devolución de los recibos de copagos.

En caso de falta de pago de uno de los copagos y que no haya sido satisfecho en el plazo de 30 días, tendrá lugar la suspensión de todas las garantías, reservándose La Aseguradora el derecho a resolver el Contrato. En caso de que La Aseguradora no haya resuelto el Contrato o reclamado el copago en el plazo de los 6 meses siguientes al impago, el Contrato quedará extinguido automáticamente. Adicionalmente, La Aseguradora podrá suspender el beneficio de aplazamiento en el pago.

Artículo 10. Forma de Pago

Las primas se harán efectivas por el sistema de domiciliación bancaria, tarjeta de crédito, o cualquier otro medio que ambas partes admitan expresamente de común acuerdo y que se reflejará en las Condiciones Particulares de la Póliza.

En caso de pago con tarjeta de crédito, la misma será almacenada adecuadamente para el cobro de las primas de seguro. En caso de que se produjese un rechazo por cualquier causa de la tarjeta, se pasará el recibo al cobro en su cuenta bancaria.

En caso de pago con tarjeta de crédito, la cuenta que mantenga con la entidad emisora de la tarjeta o en la entidad donde esté domiciliada la tarjeta.

Artículo 11. Actuaciones en caso de siniestro

El Asegurado deberá emplear todos los medios a su alcance para aminorar las consecuencias del siniestro. El incumpli-

miento de este deber dará derecho a La Aseguradora a reducir su prestación en la proporción oportuna, teniendo en cuenta la importancia de los daños derivados del mismo y el grado de culpa del Asegurado.

Si este incumplimiento fuese deliberado y con intención de perjudicar o engañar a La Aseguradora, esta quedará liberada de toda prestación derivada del siniestro.

I.5. Obligaciones de La Aseguradora

Artículo 12. Prestación de garantías

La Aseguradora se obliga a prestar las garantías contratadas por el Tomador en las condiciones establecidas en el presente Contrato.

Artículo 13. Pago del reembolso

En el caso de que se contrate específicamente la garantía de reembolso y siempre y cuando el Tomador hubiera seguido el proceso establecido a tales efectos en la presente Póliza, La Aseguradora una vez aceptado el siniestro, deberá efectuar el reembolso de los gastos al Tomador dentro de los 40 días siguientes a la recepción de la solicitud documentada del reembolso.

En cualquier caso, dentro de los 40 días siguientes a la recepción de la declaración del siniestro, La Aseguradora efectuará el pago del importe mínimo de lo que pueda deber, según las circunstancias por ella conocidas.

Se entenderá que el asegurador incurre en mora cuando no hubiere cumplido su prestación en el plazo de tres meses desde la producción del siniestro o no hubiere procedido al pago del importe mínimo de lo que pueda deber dentro de los cuarenta días a partir de la recepción de la declaración del siniestro. En tal caso se estará a lo dispuesto en el artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro.

II. Garantías

II.1. Medicina primaria

Incluye la asistencia sanitaria **en consulta** o en domicilio, prestada por los profesionales que se indican a continuación:

- **Medicina General.**
- **Pediatría y Puericultura**: solo para menores de 15 años de edad.
- **Servicios de enfermería.**

II.2. Urgencias

Incluye la asistencia sanitaria en casos de urgencia, que comprende urgencias ambulatorias, hospitalarias y a domicilio.

Se prestará en los centros y hospitales de urgencia incluidos en el Cuadro Médico de La Aseguradora.

En caso justificado, se prestará atención al Asegurado a domicilio por los servicios permanentes de guardia.

II.3. Especialidades médicas y quirúrgicas

Incluye la asistencia sanitaria prestada en consulta por los Médicos Especialistas que se indican a continuación:

- Alergología. **Las vacunas no quedan incluidas.**
- Anestesiología.
- Angiología y Cirugía Vascular.
- Aparato Digestivo.
- Cardiología y Aparato Circulatorio.
- Cirugía Cardiovascular.
- Cirugía General y del Aparato Digestivo.
- Cirugía Oral y Maxilofacial.
- Cirugía Pediátrica.
- Cirugía Reparadora.
- Cirugía Torácica.
- Dermatología.
- Endocrinología.
- Geriatría.
- Ginecología y Obstetricia:

  Planificación familiar: Quedan cubiertas las consultas con este fin, la ligadura de trompas, oclusión tubárica histeroscópica, etc. Así como el diagnóstico de la infertilidad y esterilidad, así como la colocación/retirada de dispositivos anticonceptivos (DIU). El coste de dichos implantes o dispositivos será a cargo del asegurado al igual que los tratamientos de reproducción asistida.

  Rehabilitación de suelo pélvico: Se cubrirá siempre y cuando se deba a disfunciones producidas como consecuencia del embarazo y parto, cubiertos previamente por el seguro y prescritas por especialistas pertenecientes al cuadro médico.
- Hematología.
- Inmunología.
- Medicina Interna.
- Medicina Nuclear.
- Nefrología.
- Neumología.
- Neurocirugía.
- Neurología.
- Oftalmología.
- Oncología Médica.
- Oncología Radioterápica.
- Otorrinolaringología.
- Psiquiatría: **quedan excluidas las consultas de psicoanálisis, la terapia psicoanalítica, la hipnosis, lo concerniente a la narcolepsia y los servicios de rehabilitación psicosocial o neuropsiquiatría.**
- Rehabilitación.
- Reumatología.

- Traumatología y Ortopedia.
- Urología. Planificación familiar: quedan cubiertas las consultas con este fin, la vasectomía y el diagnóstico de la infertilidad y esterilidad.

II.4. Medios de diagnóstico

Deben ser prescritos por un Médico de la Entidad Aseguradora, según la modalidad de seguro contratada e indicar el motivo de la exploración. Quedan incluidos los medios de contraste proporcionados por el Centro Médico concertado por La Aseguradora:

II.4.1 Medios de diagnóstico simple

- Análisis clínicos convencionales.
  - Bioquímica.
  - Hematología.
  - Microbiología.
  - Inmunología.
  - Hormonas.
- Anatomía patológica simple.
  - Citología.
  - Biopsias derivadas de la punción aspiración con aguja fina.
- Pruebas simples de especialidades.
  - Angiografía.
  - Eco-doppler.
  - Electrocardiograma.
  - Electrocoagulación.
  - Electroencefalogramas: quedan excluidos los que precisen de una monitorización igual o superior a 12 horas.
  - Ergometría.
  - Holter.
  - Radiología especial.
  - Otras pruebas realizadas en consulta excepto las que precisen de un medio hospitalario, las relacionadas con el aparato digestivo, terapia fotodinámica, test de latencias, test de apomorfina, test funcional de endocrino y culdoscopia.
  - Otras pruebas de alergología y dermatología.
  - Otras pruebas de ginecología y obstetricia.
  - Otras pruebas de neumología.
  - Otras pruebas de neurología y neurofisiología.
  - Otras pruebas de oftalmología.
  - Otras pruebas otorrinolaringología.
  - Otras pruebas de diagnóstico simples.
- Radiodiagnóstico simple.
  - Densitometría ósea.
  - Ecografías simples.
  - Resonancia Magnética Nuclear (R.M.N.). simples.
  - Radiología simple.
  - Tomografía Computerizada (T.C.) simples.
  - Contrastes.

II.4.2 Medios de diagnóstico complejos

- Análisis clínicos genéticos y estudios especiales.
- Anatomía patológica compleja.

  Quedan excluidas aquellas determinaciones genéticas para conocimiento de la predisposición del Asegurado con fines predictivos o preventivos (tanto as-

cendente como descendente), así como mapas genéticos de tumores y estudios de farmaco-genética.

- Medicina nuclear:
  - Gammagrafías.
  - P.E.T. – T.C.
  - Tratamiento radioisotópico.
  - El PET-TC es objeto de cobertura exclusivamente para las indicaciones autorizadas por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios con el fármaco 18fludesoxiglucosa.
- Pruebas de especialidades complejas.
  - Biopsia compleja.
  - Broncoscopia.
  - Diagnóstico prenatal.
  - Endoscopia: incluye la Capsula Endoscópica en caso de hemorragia digestiva de origen desconocido no evidenciado por vía endoscópica.
  - Fotocoagulación.
  - Histeroscopia.
  - Polisomnografía.
  - Potenciales evocados.
  - Electroencefalogramas complejos, que son los que precisen una monitorización igual o superior a 12 horas.
  - Otras pruebas de diagnóstico complejas: incluye las pruebas que precisen de un medio hospitalario y las relacionadas con el aparato digestivo, terapia fotodinámica, test de latencias, test de apomorfina, test funcional de endocrino y culdoscopia.
  - Otras pruebas de alergología y dermatología.
  - Otras pruebas de ginecología y obstetricia.
  - Otras pruebas de neumología.
  - Otras pruebas de neurología y neurofisiología.
  - Otras pruebas de oftalmología.
  - Otras pruebas otorrinolaringología.
  - Otras pruebas de aparato digestivo.
  - Otras pruebas de urología.
  - Otras pruebas de radiodiagnóstico.
  - Otras pruebas de diagnóstico complejas.
- Radiodiagnóstico complejo.
  - Radiodiagnóstico prenatal: Incluye las ecografías de alta definición y ecografía 3D.
  - Ecografías complejas: incluye la ecografía endoanal, transtorárica, fibroscan, obstétrica de alta definición y obstétrica 3D.
  - Resonancia Magnética Nuclear (R.M.N.) compleja: incluye la enterorresonancia, angiorresonancia, colangiorresonancia, R.M.N. fetal, R.M.N. de ambas mamas, R.M.N. cardiaca, R.M.N. articular, R.M.N. por espectroscopia y R.M.N. multiparamétrica.
  - Tomografía Axial Computarizada (T.A.C. o T.C.) complejos: incluye T.C. de alta definición y el score del calcio coronario.

II.5. Hospitalización e intervención quirúrgica

La hospitalización se realizará en centros concertados en el Cuadro Médico de la Entidad Aseguradora, con prescripción por facultativo de dicho cuadro, en habitación individual con cama de acompañante (No se incluye la cama de acompañante en

los supuestos de hospitalización en Unidades de Vigilancia Intensiva (U.V.I.) o Unidades de Cuidados Intensivos (U.C.I.), de hospitalización psiquiátrica y de estancia del recién nacido en incubadora.

En ningún caso se cubren los gastos correspondientes a uso de teléfono, televisión, cafetería, manutención del acompañante o cualquier otro no directamente relacionado con el tratamiento de la enfermedad o accidente), estando incluida la manutención del paciente, quirófanos, salas, medicación y material necesarios durante la estancia al igual que los honorarios de los profesionales que intervienen en la prestación del servicio.

A modo enunciativo, se cubren los distintos tipos de hospitalización:

- Hospital de día.
- Hospitalización médica.
- Hospitalización quirúrgica.
- Hospitalización obstétrica (incluye estancia en nido e incubadora).
- Hospitalización psiquiátrica: con el límite que figura en Condiciones Particulares.

Los distintos tipos de hospitalización son cubiertos a cualquier nivel hospitalario incluida la UCI (adulto, infantil, neonatológica).

El recién nacido tendrá la consideración de Asegurado mientras permanezca ingresado en el hospital donde se produjo el parto y durante un máximo de 30 días desde su nacimiento hasta la fecha del alta, siempre que el parto haya sido objeto de cobertura por La Aseguradora.

Quedan excluidos de esta cobertura:

- El uso de la técnica láser en intervenciones quirúrgicas excepto en Oftalmología, Angiología y Cirugía Vascular, Proctología, Otorrinolaringología y Urología para el tratamiento quirúrgico de la hiperplasia benigna de próstata, en el caso de hiperplasia benigna de próstata resistente al tratamiento.
- Cualquier trasplante, excepto:
  - Los trasplantes autólogos de médula ósea y de células progenitoras de sangre periférica, exclusivamente para tratamientos de tumores de estirpe hematológica.
  - Los trasplantes de córnea.
- El uso de la radiofrecuencia en intervenciones quirúrgicas excepto en Otorrinolaringología y Cirugía General.
- Las siguientes cirugías: Cirugía Bariátrica, Cirugía que trate la infertilidad, Intervenciones quirúrgicas sobre el no nacido, Cirugía del Parkinson, Cirugía de la Epilepsia, Cirugía Refractiva, Cirugía de la disfunción eréctil e impotencia sexual, Cirugía Robótica, Cirugía profiláctica.
- La asistencia y tratamientos incluidos en la cobertura Dental.
- Partos en medio acuático, en domicilio y por medios alternativos.
- Cirugía de cambio de sexo.

II.6. Prótesis

Queda incluida la colocación de prótesis, así como el coste de la misma por La Aseguradora en los siguientes casos:

- Prótesis cardiovasculares: stent, válvulas, marcapasos y by-pass.
- Prótesis mamarias a consecuencia de neoplasia de mama.
- Prótesis neurológicas: válvulas de derivación.
- Prótesis oftalmológicas: lente intraocular monofocal.
- Prótesis traumatológicas: prótesis internas.
- Otras prótesis: mallas abdominales, expansores mamarios y mallas de incontinencia urinaria.

Quedan excluidas de esta garantía: las prótesis externas, material ortopédico, fijadores externos, materiales biológicos o sintéticos, endoprótesis (aórtica y digestiva), bombas implantables para infusión de medicamentos, electrodos de estimulación medular, desfibriladores y corazón artificial, así como cualquier tipo de material no autorizado.

II.7. Tratamientos especiales

II.7.1 Tratamientos especiales básicos

- Fisioterapia: incluye el tratamiento ambulante de patología aguda del aparato locomotor con fines curativos bajo prescripción de un Médico Rehabilitador o Traumatólogo, con el límite que figura en Condiciones Particulares.

  Quedan excluidas las ondas de choque salvo para el caso de calcificaciones intraarticulares con el límite indicado en las Condiciones Particulares y drenaje linfático tras linfadenectomía por proceso oncológico.

  Queda excluída la rehabilitación neurológica.

- Podología: incluye el tratamiento en consulta, con el límite que figura en Condiciones Particulares.
- Psicología: incluye el tratamiento en sesiones individuales, con el límite que figura en condiciones particulares. Quedan excluidos los test psicológicos.
- Preparación al parto: incluye programas de preparación al parto.

II.7.2 Tratamientos especiales complejos

- Hematología y Hemoterapia.
- Logofoniatría y Logopedia: incluye exclusivamente el tratamiento de la Logopedia siempre que sea consecuencia de Laringectomía, con el límite que figura en Condiciones Particulares.
- Nefrología: incluye diálisis en proceso agudo.
- Oncología médica.
- Oncología radioterápica.
- Psiquiatría: incluye Terapia Electroconvulsiva (TEC) en el caso de Depresión Mayor Grave resistente a tratamiento médico o con intentos autolíticos previos asi como enfermedad maniaca con agitación extrema.
- Terapias respiratorias: Incluye la aerosolterapia a domicilio, así como monitor de apnea a domicilio en el Sindrome de Muerte Súbita del Lactante, hasta la semana 43 de vida. CPAP, Bipap domi-

ciliaria ni el uso de inhaladores domiciliarios. La medicación será a cargo del asegurado.

- **Tratamiento del dolor**. La medicación será a cargo del asegurado.
- **Urología**: incluye litotricia e instilaciones vesicales.

II.8. Transporte sanitario

Incluye traslados en ambulancia por vía terrestre o UVI móvil terrestre, hasta el hospital del Cuadro Médico donde se prestará la asistencia, y de éste a su domicilio, siempre que se hayan realizado con ocasión de la hospitalización del Asegurado o con urgencia hospitalaria.

También queda incluido el traslado entre centros hospitalarios concertados por La Aseguradora situados en diferentes provincias cuando los recursos asistenciales de la provincia en la que resida el Asegurado no sean suficientes para su atención.

Esta garantía se dará siempre bajo prescripción de médicos del cuadro concertado.

II.9. Asistencia médica telefónica

Incluye los siguientes servicios de atención telefónica, que se prestarán las 24 horas del día, los 365 días al año:

- **Servicio de orientación médica telefónica**.
- **Servicio de asesoramiento psicológico y apoyo telefónico**.

II.10. Telemedicina

La cobertura de Telemedicina incluye los siguientes servicios de consulta y asesoramiento médico online por chat y video consulta a través de una aplicación móvil (app) con médicos y profesionales de la salud de diferentes especialidades, con un cuadro médico específico, que se prestarán, al menos para Medicina General, las 24 horas del día, los 365 días al año:

- Medicina General: servicio de chat y vídeo consulta todos los días de la semana.
- Pediatría: servicio de chat todos los días de la semana.
- Psicología: servicio de chat de Lunes a Viernes.
- Ginecología: servicio de chat de Lunes a Viernes.
- Cardiología: servicio de chat de Lunes a Viernes.
- Dermatología: servicio de chat de Lunes a Viernes.
- Alergología: servicio de chat de Lunes a Viernes.
- Sexología: servicio de chat de Lunes a Viernes.
- Nutrición y Dietética: servicio de chat de Lunes a Viernes.
- Entrenador Personal: servicio de chat todos los días de la semana.

Adicionalmente, se incluirá también un historial médico que podrá ser compartido entre los profesionales del cuadro médico de telemedicina. El asegurado podrá

editarlo para completarlo en cualquier momento.

El alcance de cada una de las especialidades incluidas en este servicio es el establecido en el presente condicionado, quedando **excluido de todas ellas, la realización de cualquier prueba diagnóstica**.

Los diferentes tipos de consulta y asesoramiento online podrán ampliarse o modificarse en cualquier momento por La Aseguradora. En la app se encontrará en todo momento las diferentes posibilidades entre las que puede optar el Asegurado.

El servicio de chat y video consulta médica se realizará siguiendo las siguientes pautas recomendadas por el Consejo General de Colegios Oficiales Médicos:

1 El profesional médico no realizará un diagnóstico o ejercicio clínico de la medicina mediante el uso de la plataforma de chat y video consulta médica.

2 El servicio médico se limitará a facilitar asesoramiento, segunda opinión, revisión médica y orientación de pacientes, así como a ayudar en la toma de las decisiones.

3 Los profesionales pueden ampliar información sobre fármacos con receta y posología indicada y que hayan sido recetados por otro profesional médico, mientras:

a. No requieran prescripción médica y sean generalistas, preguntando previamente alergias previas.

b. No contradigan una medicación actual que un médico con visita presencial ha recetado.

c. Exista un seguimiento de la evolución clínica. En ese caso, preferiblemente se indicará el principio activo del fármaco para que pueda ser adquirido por el paciente en la Farmacia. Solo en caso de que el paciente pida un nombre comercial, se podrá indicar nombre comercial del fármaco.

Sin perjuicio de lo anterior, en caso necesario, el profesional médico podrá recomendar fármacos y productos no farmacéuticos mediante receta electrónica homologada por la Organización Médica Colegial de España (OMC), en cuyo caso sí será necesario realizar un diagnóstico previo a estos efectos.

II.11. Asistencia en el extranjero

Asistencia en viaje, fuera del territorio español, como consecuencia de una enfermedad o accidente. Se cubren desplazamientos **hasta un máximo de 3 meses consecutivos**.

Tendrán la consideración de Asegurados en relación con la cobertura de Asistencia en Viaje, las personas físicas que consten declaradas en la Póliza como Asegurados.

La Aseguradora proporciona una línea de atención 24 horas al día 7 días a la semana, en la que se le informará sobre la red asistencial a su servicio y el resto de procedimientos de uso de las coberturas.

Teléfono: **(+00) 800 466 12345**.

II.11.1 Objeto

Esta garantía incluye:

a Gastos médicos, farmacéuticos o dehospitalización

La Aseguradora tomará a su cargo los gastos y honorarios médicos por consultas o tratamientos al Asegurado, incluso los quirúrgicos y farmacéuticos, en caso de enfermedad o accidente cubierto por la Póliza, siempre y cuando se haya solicitado la previa conformidad de La Aseguradora según lo dispuesto en los trámites a seguir en caso de siniestro.

De determinarse por el Médico de La Aseguradora, de común acuerdo con el que estuviera atendiendo al Asegurado, la necesidad de que éste sea hospitalizado, La Aseguradora se hará cargo de los gastos de traslado hasta el centro hospitalario, su estancia en el mismo y los servicios sanitarios necesarios para la curación del Asegurado, incluidos los gastos farmacéuticos.

El límite máximo para esta garantía es de 18.000 € por siniestro y Asegurado.

b Gastos odontológicos de urgencia

La Aseguradora se hará cargo de los gastos de tratamiento a consecuencia de la aparición de problemas odontológicos agudos como infecciones, dolores, rotura de piezas, caída de empastes, etc. que requieran un tratamiento de urgencia, siempre que ocurran durante el transcurso de un viaje.

El límite máximo para esta garantía es de 300 € por siniestro y Asegurado.

c Traslado sanitario o repatriación médica

La Aseguradora procederá al traslado, con atención médico-sanitaria si fuera necesario, del Asegurado que hubiera sufrido un accidente o enfermedad grave, que exija cuidados vitales, y siempre que así lo decidan los servicios médicos de La Aseguradora en colaboración con el Médico que trate al Asegurado, cuando no pueda proseguir el viaje por sus propios medios, hasta un centro hospitalario en España.

El transporte sanitario se realizará en el medio más adecuado atendiendo al estado del enfermo o accidentado, así como a las demás consideraciones de índole sanitaria y de disponibilidad de medios. En todo caso, el avión ambulancia sólo será utilizable en Europa y países ribereños del mar Mediterráneo.

En caso de afecciones benignas o heridas leves que no den motivo a repatriación médica, La Aseguradora se hará cargo del transporte del Asegurado en vehículo o ambulancia, hasta el lugar donde puedan prestarse los cuidados sanitarios necesarios.

d Envío de un médico especialista

Si el estado de gravedad del Asegurado no permitiera su traslado sanitario a España según lo dispuesto en la cobertura anterior, y la asistencia que le pudiera ser prestada localmente no fuera suficientemente idónea a juicio de los servicios médicos de La Aseguradora, esta enviará un médico especialista al lugar donde se encuentre el Asegurado para su atención sanitaria, hasta que se pueda proceder a la repatriación médica.

e Envío de medicamentos

La Aseguradora enviará los medicamentos de interés vital para el tratamiento de las lesiones o enfermedad grave ocurridas durante el viaje, que no puedan ser obtenidos en el lugar donde se halle el Asegurado, enfermo o accidentado. En el

supuesto de que La Aseguradora asuma los gastos médicos, de conformidad con la garantía primera, los mismos se extenderán al coste de los medicamentos, siendo en caso contrario a cargo del Asegurado únicamente el precio satisfecho por La Aseguradora para la adquisición de los medicamentos en cuestión.

f Consulta o asesoramiento médico a distancia

Si el Asegurado precisara durante el viaje una información de carácter médico que no le fuera posible obtener localmente, podrá solicitar la misma telefónicamente a La Aseguradora, la cual la proporcionará a través de sus Centrales de Asistencia, **sin asumir ninguna responsabilidad por la citada información, habida cuenta de la imposibilidad de efectuar un diagnóstico telefónico sin la observación directa del enfermo.**

g Anticipo de fianzas por hospitalización

Cuando por accidente o enfermedad cubiertos por la Póliza durante un viaje, el Asegurado precise ser ingresado en un Centro Hospitalario, La Aseguradora se hará cargo, **hasta el límite de 18.000 € por siniestro y Asegurado**, de la fianza que el centro demande para proceder a la admisión del Asegurado.

h Servicios de trámites administrativos para hospitalización

La Aseguradora colaborará en la gestión de cuantos trámites administrativos sean necesarios para formalizar la admisión del Asegurado en el centro hospitalario, previa solicitud a la Central de Asistencia.

i Prolongación de estancia

Si, tras estar hospitalizado por un riesgo cubierto por la Póliza y ser dado de alta, el Asegurado se viera imposibilitado para proseguir su viaje por prescripción médica, y precisara alojarse en un hotel para su convalecencia, La Aseguradora satisfará sus gastos de alojamiento y manutención, **hasta el límite de 80 € por día y máximo 10 días.**

j Gastos de desplazamiento de un acompañante

Si el Asegurado debiera ser hospitalizado, como consecuencia del acaecimiento de un riesgo cubierto por la Póliza, por un tiempo previsto superior a 5 noches, La Aseguradora facilitará a la persona que aquel indique (siempre que se halle domiciliada en España), un billete de ida y vuelta en ferrocarril (primera clase), avión (clase turista) o del medio de transporte público y colectivo más idóneo, para que acuda junto al hospitalizado.

k Gastos de estancia para acompañante del asegurado hospitalizado

En el caso previsto en la garantía anterior, La Aseguradora satisfará los gastos de alojamiento y manutención del acompañante en el mismo hospital donde se encuentre el Asegurado, siempre que sea posible, o en su defecto en el establecimiento que elija el acompañante.

Esta garantía será aplicable incluso si el acompañante se encontrara viajando con el Asegurado.

El límite para esta garantía será de 80 € por día y máximo 10 días.

l Gastos de regreso por alta hospitalaria

La Aseguradora se hará cargo de los gastos de regreso de los Asegurados que, a consecuencia de un accidente cubierto por la Póliza, hubiesen sido hospitalizados

y dados de alta y como consecuencia, hubiesen perdido su billete de regreso a España por imposibilidad de presentarse en el medio de transporte correspondiente en la fecha y hora marcada en el billete de regreso.

El límite de esta garantía se establece en 900 € por siniestro y Asegurado.

m Retorno de menores

Si el Asegurado viajara en compañía de hijos menores de edad, o de discapacitados y quedasen sin asistencia por causa de accidente, enfermedad o traslado de aquel cubierto por la Póliza, no pudiendo continuar el viaje, La Aseguradora organizará y tomará a su cargo su regreso al domicilio familiar, satisfaciendo además los gastos de viaje de un familiar designado por el Asegurado para que los acompañe en su regreso.

Si el Asegurado no pudiera designar a nadie, La Aseguradora proporcionará un acompañante. En todo caso, el transporte de los menores y acompañante se realizará en el medio de transporte público y colectivo más adecuado a las circunstancias del caso.

n Regreso anticipado

Si el Asegurado debe interrumpir su viaje por enfermedad grave o fallecimiento de su pareja, de sus padres, hijos o familiares de ambos hasta segundo grado de consanguinidad, La Aseguradora le facilitará un billete de ida y vuelta en ferrocarril (primera clase), avión (clase turista) o del medio de transporte público y colectivo más adecuado, para acudir hasta el lugar de inhumación en España, del familiar fallecido u hospitalizado.

ñ Traslado o repatriación de restos mortales

Si, en el transcurso de un viaje cubierto por la Póliza, se produjera el óbito del Asegurado, La Aseguradora se hará cargo de los trámites y gastos necesarios para el traslado de sus restos mortales hasta el lugar de inhumación en España.

o Acompañante de restos mortales

La Aseguradora facilitará a la persona con domicilio en España que designen los familiares, un billete de ida y vuelta en ferrocarril (primera clase), avión (clase turista) o del medio de transporte público y colectivo más idóneo, para acompañar el cadáver.

p Gastos de estancia del acompañante de restos mortales

De haber lugar a la cobertura anterior, si el acompañante debiera permanecer en el lugar de acaecimiento del fallecimiento, por trámites relacionados con el traslado de los restos mortales del Asegurado, La Aseguradora se hará cargo de sus gastos de estancia y manutención, **hasta el límite de 80 € por día y máximo 3 días.**

q Pérdida de equipajes facturados en transporte público

En caso de pérdida total o parcial de equipajes efectos personales que hubieran sido facturados en transporte público, y siempre que tal pérdida fuera responsabilidad del transportista, La Aseguradora satisfará una indemnización **con un límite máximo de 300 € por siniestro y Asegurado**, la cual será siempre en exceso de la percibida del transportista y con carácter complementario a la misma. Será requisito imprescindible para la obtención de esta garantía que el Asegurado presente los

justificantes acreditativos de la pérdida e indemnización recibida en su caso, expedidos por el transportista.

r Defensa jurídica y fianzas en el extranjero

La Aseguradora tomará a su cargo el importe correspondiente a los gastos de defensa jurídica del Asegurado como consecuencia de un procedimiento judicial instruido en el ámbito de su vida particular y con motivo del viaje o desplazamiento acaecido fuera del país de residencia del Asegurado. **El importe máximo a cargo del Asegurador será de 600 € por siniestro y Asegurado, o de su contravalor en la moneda en que haya de efectuarse el pago**.

La Aseguradora anticipará al Asegurado, previa garantía formal de proceder a la devolución de las cantidades que le sean prestadas en el plazo de 60 días, el importe correspondiente a fianzas penales que este se viera obligado a constituir, como consecuencia de un procedimiento judicial instruido con motivo del viaje o desplazamiento acaecido fuera del país de residencia del Asegurado. **El anticipo máximo de La Aseguradora será de 6.000 €, o de su contravalor en la moneda en que haya de efectuarse el pago**.

s Servicio de información al viajero

La Aseguradora facilitará telefónicamente información básica al Asegurado sobre expedición de pasaportes, visados requeridos, vacunaciones recomendadas u obligatorias, cambios de moneda, Consulados y Embajadas Españolas en el mundo y, en general, datos informativos de utilidad al viajero; previamente al inicio de un viaje o durante el mismo.

t Servicio de información asistencial

La Aseguradora, previa autorización del Asegurado, pondrá a disposición de sus familiares su Red de Centrales de Asistencia para facilitar cuanta información sea necesaria acerca de todas las operaciones de asistencia y ayuda desarrolladas.

u Transmisión de mensajes urgentes

La Aseguradora pondrá a disposición del Asegurado su Red de Centrales de Asistencia para transmitir cuantos mensajes urgentes sean necesarios, derivados de la aplicación de las coberturas y que no puedan ser enviados de otro modo por el Asegurado.

v Localización de equipajes u objetos personales perdidos

La Aseguradora pone a disposición del Asegurado su Red de Centrales de Asistencia, para cuantas gestiones de búsqueda y localización sean necesarias en caso de pérdida de equipajes o efectos personales, siempre que sea debida al transportista; facilitando además su colaboración para que el Asegurado efectúe la correspondiente denuncia o reclamación.

w Regreso del asegurado por evento familiar o domiciliario grave

Si el Asegurado debe interrumpir su viaje por enfermedad grave de su pareja, padres, hijos o familiares de ambos hasta segundo grado de consanguinidad, La Aseguradora le facilitará un billete de ida y vuelta en ferrocarril (primera clase), avión (clase turista) o del medio de transporte público y colectivo más adecuado, para acudir hasta el lugar de hospitalización en España del familiar gravemente enfermo.

Esta garantía se extiende excepcionalmente al supuesto de graves daños mate-

riales ocurridos en el domicilio familiar en España.

x Anticipo de fondos en el extranjero

La Aseguradora gestionará el envío de fondos al Asegurado, en caso de necesidad durante un viaje en el extranjero, hasta el límite de 1.000 € por siniestro y Asegurado.

Sera requisito para llevar a cabo esta gestión que el importe del fondo haya sido previamente entregado a La Aseguradora.

II.11.2 Exclusiones aplicables a la garantía de asistencia en el extranjero

Esta garantía incluye:

a Exclusiones aplicables a las garantías en caso de accidente o enfermedad

Quedan excluidos de la Póliza los siniestros que sean consecuencia de:

a. Enfermedades preexistentes y/o congénitas, afecciones crónicas o dolencias bajo tratamiento médico previo al inicio de la póliza, que hayan sido declaradas por el Asegurado en el cuestionario y cuya exclusión conste en las Condiciones Particulares de la Póliza.

b. Exámenes médicos generales, chequeos y cualquier visita o tratamiento que tenga carácter de medicina preventiva, según los criterios médicos generalmente aceptados.

c. Viajes que tengan por objeto recibir tratamiento médico.

d. Diagnóstico, seguimiento y tratamiento del embarazo, interrupción voluntaria del mismo y partos.

e. Suicidio, tentativa de suicidio o autolesiones del Asegurado.

f. Consumo de bebidas alcohólicas, drogas o medicamentos, salvo que estos últimos hubieran sido prescritos por facultativo.

g. Tratamiento, diagnóstico y rehabilitación de enfermedades mentales o nerviosas.

h. Enfermedades de transmisión sexual, excepto el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.) y sus enfermedades derivadas.

i. Adquisición, implantación, sustitución, extracción y reparación de las prótesis, órtesis, implantes, materiales o dispositivos biomédicos y similares.

j. Tratamientos odontológicos, oftalmológicos y otorrinolaringológicos, salvo los supuestos de urgencia.

k. Tratamientos especiales, diálisis, cirugías experimentales, cirugía plástica o reparadora y los no reconocidos por la ciencia médica occidental.

l. Cualquier gasto médico incurrido en España aunque corresponda a un tratamiento prescrito o iniciado en el extranjero.

b Exclusiones aplicables a las garantías en caso de fallecimiento

Quedan excluidos de la Póliza:

a. Los siniestros ocurridos como consecuencia del suicidio del Asegurado.

b. Gastos de inhumación y ceremonia así como el coste del ataúd en la garantía de Transporte o repatriación de Restos Mortales.

c Exclusiones aplicables a las garantías de incidencias en viaje

Quedan excluidos de la Póliza: cualquier equipaje y/o efecto personal no facturado en avión, tren de largo recorrido o barco de línea regular.

d Exclusiones aplicables con carácter general para toda la garantía de asistencia en viaje en el extranjero

Quedan excluidos de la Póliza los daños, situaciones o gastos, que sean consecuencia de:

a. Prestaciones que no hayan sido comunicadas previamente a La Aseguradora y aquellas para las que no se hubiera obtenido la conformidad de este, salvo los supuestos de imposibilidad material, debidamente acreditada.

b. Práctica como profesional o federado de cualquier deporte, y como aficionado de deportes de invierno, deportes en competición y actividades notoriamente peligrosas o de alto riesgo.

c. Viajes de duración superior a 90 días consecutivos.

d. La intervención de cualquier Organismo Oficial de Socorro de urgencia o el coste de sus servicios.

e. Rescate de personas en montañas, simas, mares, selvas o desiertos.

f. Participación directa del Asegurado en apuestas, desafíos o riñas, siempre que en este último caso no hubiera actuado en legítima defensa o en tentativa de salvamento de personas o bienes.

g. Actos fraudulentos del Tomador, Asegurado, Beneficiario o familiares de los mismos.

h. Los riesgos derivados de la utilización de energía nuclear.

i. Los riesgos extraordinarios tales como guerras, terrorismo, tumultos populares, huelgas, fenómenos de la naturaleza y cualquier otro fenómeno de carácter catastrófico o acontecimientos que por su magnitud y gravedad sean calificados como catástrofe o calamidad nacional.

II.12. Segunda opinión médica por enfermedades graves

Incluye una segunda opinión sobre el diagnostico o tratamiento de enfermedades crónicas graves, que precisen una atención programada y cuyo curso requiera medidas excepcionales diagnosticas o terapéuticas y su pronóstico vital este gravemente comprometido. Esta será emitida mediante un informe médico por especialistas, centros asistenciales, médicos o académicos de primer nivel, en cualquier país del mundo, designados por La Aseguradora.

Para el uso de este servicio, el Asegurado deberá remitir el expediente clínico que contendrá: la información médica escrita, diagnósticos por imagen realizados, excluyendo el envío de material biológico o sintético.

El envío se deberá realizar al especialista o centro correspondiente de forma confidencial.

En el momento en el que finalice el proceso, se enviará al Asegurado la segunda opinión médica incluyendo: resumen de su historia clínica, opinión de los expertos consultados y currículum de dichos expertos.

Durante todo este desarrollo el Asegurado estará acompañado por un médico consultor, responsable de la gestión del caso y asesoramiento del paciente.

Este servicio cubrirá las siguientes enfermedades graves:

- Cáncer.
- Enfermedades cardiovasculares.
- Enfermedades neurológicas.

II.13. Dental básico

Incluye:

- Visita de revisión: consulta odontológica y exploración del estado de salud bucodental.
- Educación bucodental.
- Limpieza de boca: con un límite de una limpieza por año.
- Extracciones que no precisen cirugía.
- Radiografías Odontológicas (periapical, aleta, oclusal).

Exclusiones específicas de la garantía: extracción de cordales (muelas del juicio) y las piezas dentales incluidas (aquellas en cuyo desarrollo no logran salir totalmente).

III. Garantías Opcionales

Las coberturas definidas en este apartado son opcionales por lo que habrán de ser contratadas de forma expresa y ser incluidas en las Condiciones Particulares.

III.1. Dental completo

Incluye los servicios y tratamientos de:

- Cirugía oral.
- Endodoncias.
- Estética dental.
- Implantología.
- Obturaciones.
- Odontología infantil.
- Odontología preventiva.
- Ortodoncia fija.
- Ortodoncia invisible.
- Ortodoncia lingual.
- Ortodoncia removible.
- Patología articulación temporomandibular.
- Periodoncia.
- Prótesis fija.
- Prótesis removible.
- Radiología.

En Condiciones Particulares se recoge la lista de tratamientos cubiertos, detallando los servicios gratuitos y los que conllevan el pago de una Franquicia por parte del Asegurado, así como sus importes, que podrán ser modificados y/o actualizados anualmente, siempre que La Aseguradora comunique al tomador, al menos con dos

meses de antelación a la conclusión del período en curso, cualquier modificación del contrato de seguro. La Aseguradora tendrá accesible en su web la información actualizada de coberturas y franquicias dentales.

III.2. Reembolso

Cubre las especialidades de Pediatría y Ginecología. A continuación se detallan las garantías reembolsables para cada especialidad, con los límites que figuran en Condiciones Particulares.

- Pediatría: consultas.
- Ginecología y Obstetricia:
  - Consultas.
  - Citología: siempre y cuando sea en el mismo tiempo de consulta.
  - Ecografía transvaginal: siempre y cuando sea en el mismo tiempo de consulta.

Las pruebas diagnósticas simples que se prescriban por profesionales fuera del Cuadro Médico, serán cubiertas previa autorización por La Aseguradora siempre que estén dentro de las garantías cubiertas y se realicen dentro del Cuadro Médico de La Aseguradora.

En relación con las prestaciones cubiertas en la garantía de Reembolso se establece el siguiente procedimiento de Reembolso:

1 Modo de Reembolso: La Aseguradora efectuará transferencia bancaria a la cuenta corriente facilitada por el Tomador o Asegurado, con los límites establecidos en Condiciones Particulares.

2 Documentación necesaria: el Asegurado deberá cumplimentar la correspondiente solicitud de reembolso, según modelo de La Aseguradora, a la que se acompañarán necesariamente copia de las facturas originales correspondientes, que deberán reunir los requisitos exigidos en cada momento por la normativa tributaria y, en todo caso, incluirán los datos identificativos de:

a. la persona física o jurídica que ha prestado el servicio (nombre y apellidos o denominación social, número de identificación fiscal, especialidad médica y número de colegiado).

b. el Asegurado objeto del servicio (nombre y apellidos) y

c. el Acto Médico prestado (descripción, fecha y coste).

3 En caso de que la solicitud de reembolso se tramite por medios telemáticos, el Tomador estará obligado a conservar las facturas originales a disposición de La Aseguradora durante un plazo mínimo de un año.

4 Plazo de Reembolso, La Aseguradora, una vez aceptado el siniestro, deberá efectuar el reembolso de los gastos al Tomador o Asegurado dentro de los 40 días siguientes a la recepción de la solicitud del reembolso.

IV. Programas de Prevención

1 Cáncer Ginecológico: programa de detención de cáncer de mama. Dirigido a mujeres con 50 años o más, según los criterios médicos generales aceptados. Incluye consultas y mamografía con una periocidad bianual.

2 Cáncer de Cérvix: dirigido a mujeres asintomáticas que sean o hayan sido sexualmente activas, con edades comprendidas entre los 25 y 65 años. Incluye consultas y citología cervical cada tres años. En caso de citología negativa quedará cubierto el tipiaje del Virus del Papiloma Humano.

3 Cáncer de piel: Los expertos recomiendan revisión anual de los lunares (nevus melanocíticos). El cáncer de piel es más frecuente que ocurra entre los 30 a los 60 años. Incluye consulta y revisión anual.En caso de sospecha de malignidad se autorizará la realización de microscopia por epiluminiscencia digitalizada.

4 Cáncer de colon: Dirigido a mujeres y hombres de edades comprendidas entre los 50 y 69 años. Incluye consultas, Sangre Oculta en Heces (SOH) con una periodicidad bianual. La SOH es una prueba no invasiva que detecta la presencia de sangre no visible en las deposiciones y que puede ser un signo de cáncer u otra patología colorrectal. En caso de comprobar el resultado positivo de dicha prueba quedaría incluida la realización de colonoscopia.

V. Prestaciones que en ningún caso son cubiertas por La Aseguradora

Quedan fuera de la cobertura de esta Póliza, sin perjuicio de cualquier otra exclusión debidamente resaltada que figure en el condicionado de esta Póliza, las asistencias sanitarias derivadas de los riesgos indicados a continuación:

1. Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.

2. Los gastos que deriven de enfermedades, lesiones, defectos constitucionales o congénitos, estado o situación médica (como embarazo o gestación) preexistentes a la fecha de alta de cada Asegurado que integre la Póliza, que hayan sido declaradas por el Asegurado en el cuestionario y cuya exclusión conste en las Condiciones Particulares de la Póliza.

3. Los derivados de siniestros cuya ocurrencia haya tenido lugar en el plazo de carencia establecido en el artículo 8 del Reglamento del Seguro de Riesgos Extraordinarios.

4. Los correspondientes a siniestros producidos antes del pago de la primera prima.

5. Los honorarios médicos, los gastos de pruebas complementarias, los gastos hospitalarios y tratamientos realizados por prescripción de facultativos ajenos al Cuadro Médico (incluidos centros y hospitales de la red del Sistema Nacional de Salud), excepto los prescritos por facultativos cuyas prestaciones queden

expresamente incluidas en la Póliza a través de reembolso de gastos.

6. Los programas preventivos que no queden especificados en el condicionado.

7. La hospitalización de carácter socio-familiar, así como la hospitalización por enfermedad de larga duración por cuidados paliativos.

8. Asistencias, enfermedades o accidentes derivados de guerras, actos terroristas o de carácter político y social, así como las epidemias declaradas oficialmente; aquellas que guarden relación con radiación nuclear o contaminación radiactiva, así como los derivados de los fenómenos naturales (terremotos, inundaciones, erupciones volcánicas y otros).

9. Todos los procedimientos diagnósticos, quirúrgicos o terapéuticos cuya seguridad y eficacia clínicas no estén debidamente contrastadas científicamente o que sean de aparición nueva, posterior a la firma de la presente Póliza; los procedimientos no universalizados, ni consolidados en la práctica clínica habitual, los que hayan quedado manifiestamente superados por otros disponibles y los procedimientos de carácter experimental o que no tengan suficientemente probada su contribución eficaz a la prevención, tratamiento o curación de las enfermedades.

   Se considera, a efectos de la presente Póliza, que un procedimiento diagnóstico, médico o quirúrgico es seguro y eficaz cuando está aprobado por la Agencia Europea del Medicamento y/o la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios.

10. Las que correspondan a honorarios por tratamientos o diagnósticos en balnearios, curas de reposo, residencias de tercera edad o similares, aun cuando hayan sido prescritas por un Médico.

11. Los gastos de desplazamiento para recibir asistencia en la misma o distinta provincia del Estado español o en el extranjero.

12. La asistencia derivada de la adicción o intoxicación por alcohol, drogas o psicofármacos.

13. La asistencia por la práctica profesional de cualquier deporte o competición deportiva incluyendo a federados al igual que la derivada de la práctica no profesional de cualquier deporte de riesgo o actividad manifiestamente peligrosa o de alto riesgo. Entendiendo por peligroso o alto riesgo: toreo, artes marciales, espeleología, submarinismo, puenting,escalada, parapente, paracaidismo, barranquismo, rafting, vuelo sin motor, boxeo, rugby, pruebas de velocidad con vehículos a motor o cualquier otra de similares características a las mencionadas.

14. Las contingencias profesionales derivadas de la actividad laboral y profesional.

15. La asistencia sanitaria derivada de servicios u operaciones militares, navales o de la fuerza aérea.

16. La tentativa de suicidio o autolesión voluntaria, cualquier accidente causado por mala fe o intencionadamente por el Tomador o Asegurado, así como su participación en riñas o en actividades delictivas.

17. Los derivados de la utilización de vehículos a motor que sean objeto de cobertura por el Seguro del Automóvil.

18. Patologías o tratamientos no cubiertos, así como complicaciones que se deriven de éstos.

19. Intervenciones, infiltraciones y tratamientos con puro carácter estético y cosmético, así como las complicaciones que se produjeran de las mismas, excepto la Reconstrucción de la mama afecta por cáncer de mama así como de la mama contralateral.

20. Naturopatía, mesoterapia, hidroterapia, ozoonoterapia.

21. Los siguientes productos farmacéuticos:

    - Los que sean administrados al paciente fuera del régimen de hospitalización, o en hospitalización de día.
    - Los productos de parafarmacia.
    - Los medicamentos no comercializados en España.
    - Los medicamentos y tratamientos que, aun siendo comercializados en España, no estén cubiertos por el Sistema Nacional de Salud.
    - Las terapias avanzadas (medicamentos de uso humano basado en genes, células y terapia celular y que incluyen productos de origen autólogo, alogénico o xenogénico).
    - Medicamentos citostáticos orales.
    - Medicamentos citostáticos por vía parenteral, cuya comercialización no se encuentre autorizada en el mercado nacional y siempre que no se empleen de conformidad con las indicaciones de la ficha técnica del producto.
    - Tratamientos con plasma rico en plaquetas o factores de crecimiento.
    - Tratamientos con anticuerpos monoclonales.

22. Los tratamientos de reproducción asistida en cualquiera de sus formas.

23. La interrupción voluntaria del embarazo.

24. Cualquier servicio odontológico no incluido expresamente en el cuadro de coberturas y franquicias.

25. Los gastos de transporte del asegurado al centro médico y de vuelta al punto de origen, no realizados por nuestra red de ambulancias.

VI. Periodos de carencia

Las Garantías y servicios que estén sujetos a un periodo de Carencia estarán recogidos y detallados en las Condiciones Particulares de la Póliza.

VII. Procedimiento en caso de siniestro

VII.1. Utilización del Cuadro Médico y Cuadro Dental

La Aseguradora, pondrá el Cuadro Médico y el Cuadro Dental a disposición del Tomador y de los Asegurados, en el momento de suscribir esta Póliza. Dichos cuadros incluirán los médicos, odontólogos, D.U.E., laboratorios de análisis y cualquier otro centro o profesional necesarios, para prestar los servicios incluidos en las coberturas de esta Póliza. En cualquier caso no existe ningún tipo de limitación o restricción a nivel geográfico de acceso a la utilización del Cuadro Médico por parte del Asegurado.

En el supuesto de que no exista algún servicio de los recogidos en la Póliza en la provincia de residencia del Asegurado, le serán facilitados en otra provincia a su elección.

VII.2. Tarjeta Sanitaria

1 La Aseguradora proporcionará a cada Asegurado una Tarjeta Sanitaria en formato digital. No obstante, podrá solicitar la tarjeta en formato físico, que otorga los mismos derechos que la Tarjeta Sanitaria.

2 El Asegurado se obliga a presentar la citada Tarjeta Sanitaria al requerir del Cuadro Médico cualquiera de los servicios médicos cubiertos por esta Póliza. Si no dispone de acceso a la tarjeta podrá acceder al uso de los servicios médicos utilizando el DNI, pasaporte o tarjeta de residencia.

3 La Aseguradora liquidará directamente la totalidad de los gastos correspondientes a la utilización de tales servicios.

4 La Aseguradora queda exonerada de efectuar reembolso alguno de los gastos que el Asegurado hubiera podido satisfacer por no presentar su Tarjeta Sanitaria o identificarse como cliente utilizando su DNI, pasaporte o tarjeta de residencia, así como lo que hubiese abonado por mejoras por él solicitadas y no comprendidas en los acuerdos firmados por La Aseguradora con el Profesional Sanitario para la confección del Cuadro Médico.

VIII. Consultas y Reclamaciones. Defensor del Cliente. Normas de Actuación

1 El Asegurado dispone de un Departamento de Quejas y Reclamaciones para plantear cualquier queja o reclamación relacionada con esta Póliza o con la tramitación de un siniestro. La queja o reclamación deberá presentarse por escrito en la siguiente dirección:

LÍNEA DIRECTA ASEGURADORA, S.A.
Departamento de Quejas y Reclamaciones.
Ronda de Europa, 7
28760 Tres Cantos. Madrid

Para más información sobre la presentación de quejas y reclamaciones puede consultar la página web.

2 Adicionalmente, dispone de un Defensor del Cliente. La reclamación, que será gratuita para los asegurados, deberá tener su causa en cualquier circunstancia derivada del Contrato del seguro. Tanto el Departamento de Quejas y Reclamaciones como el Defensor del Cliente acusarán recibo de las reclamaciones, que serán resueltas conforme a Derecho y en el plazo de un mes desde la recepción de la reclamación que se interponga, conforme se determina en el Reglamento para la Defensa del Cliente que está a disposición de los asegurados en las oficinas de la entidad y en su página web. La Aseguradora quedará vinculada por las decisiones del Defensor del Cliente, **siempre que el capital reclamado no exceda de 60.101,21 €**.

3 Si el asegurado no está conforme con la solución dada a su reclamación, puede dirigirse al Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, en cuya página web encontrará las direcciones y teléfonos actualizados.

IX. Anexo de coberturas y franquicias garantía opcional “Dental completo”

Este anexo recoge los tratamientos cubiertos por la Póliza dental. Se indica para tratamiento: si es gratuito para el Asegurado o, en el caso de ser un servicio franquiciado, el importe que debe satisfacer el asegurado al profesional o centro dental.

Esta lista de tratamientos y precios podrá sufrir cambios con carácter anual en función de las variaciones en el índice de Precios al Consumo, teniendo efecto el día 1 de enero del año correspondiente, y serán comunicados al Tomador, estando en todo caso publicados en la web de La Aseguradora.

TRATAMIENTOS	coste
PRIMERAS VISITAS	
Primera visita y entrega de presupuesto	GRATUITO
Primera visita con especialista	GRATUITO
Visita de revisión	GRATUITO
Visita de urgencia	GRATUITO
Primera visita urgencias nocturnas, fines de semana y festivos (previa llamada telefónica al servicio de urgencias)	GRATUITO
ODONTOLOGÍA PREVENTIVA	
Educación bucodental	GRATUITO
Enseñanza de técnicas de cepillado	GRATUITO

Fluorizaciones	GRATUITO
Selladores oclusales	GRATUITO
Limpieza de boca. Tartrectomía (ambas arcadas) sobre periodonto sano	GRATUITO
Planificación de dieta para control de caries	GRATUITO
Tinción e índice de placa	GRATUITO
Regeneración parcial hipoplasia (por diente)	22 €
Tratamiento con férula blanda	64 €
Tratamiento con protector bucal (para deporte)	137 €
Curas (infecciones y/o aftas). Por sesión *	GRATUITO
Aplicación OZONO (suplemento)	28 €
Enseñanza de técnicas de cepillado y otros elementos de higiene	GRATUITO
Pulido de dientes (pasta fluorada)	GRATUITO
Utilización de arenadora con bicarbonato para manchas rebeldes	GRATUITO
Tratamiento desensibilizante (sesión) *	GRATUITO
Recomendación y prevención de xerostomía	GRATUITO

RADIOLOGÍA

Radiografías Odontológicas (periapical, aleta, oclusal)	GRATUITO
Ortopantomografía (Panorámica Dental)	GRATUITO
Telerradiografía lateral o frontal de cráneo	GRATUITO
Radiografía de A.T.M	GRATUITO
Radiovisografía digital (RVG)	GRATUITO
Estudio Tomográfico (T.C.) una arcada	87 €
Estudio Tomográfico (T.C.) dos arcadas	117 €
Estudio Tomográfico (TAC / Dentascan / CBCT) Sector	60 €
Serie radiográfica periodontal	GRATUITO

REGISTROS (Toma de medidas)

Modelos de estudio	25 €
Impresión dentoalveolar y positivado del modelo y obtención de registros intermaxilares	GRATUITO
Estudio y planificación para recreación digital (incluye fotografias y/o vídeos)	25 €
Toma de registro con escaner intraoral	47 €
Biomodelo (Modelo impreso en 3D)	47 €
Planificación 3D, con modelos, sin férulas quirúrgicas (escáner no incluido)	152 €
Estudio Articulación, Anamnesis, Exploración, Toma de registros, Montaje y Análisis en Articulador.	87 €

OBTURACIONES

Obturación provisional	GRATUITO
Obturación simple o compuesta	38 €
Reconstrucción de ángulos	40 €
Reconstrucción coronaria total	50 €
Poste prefabricado o retención radicular	GRATUITO

Pins o espigas en dentina	GRATUITO
Reconstrucción coronaria total con postes de carbono o fibra de vidrio	62 €
Reconstrucción de muñón	62 €
Protección pulpar (recubrimiento pulpar indirecto)	32 €
ENDODONCIAS	
Endodoncias mecanizadas con material rotatorio (suplemento)	33 €
Endodoncias unirradiculares	70 €
Endodoncias multirradiculares	100 €
Reendodoncias unirradiculares	89 €
Reendodoncias multirradiculares	145 €
Protección pulpar (recubrimiento pulpar)	22 €
Drenaje pulpar de urgencias (sin tratamiento endodoncico)	27 €
Apicoformación (por sesión)	20 €
Endodoncia en diente temporal (pulpotomía)	46 €
Pulpectomía	60 €
Pulpotomía (pulpa cameral) en diente permanente *	68 €
Cura endodontica (con medicación intraconducto) (Por pieza y por sesión)	16 €
Prueba de vitalidad (por pieza)	GRATUITO
Endodoncias realizadas con microscopio (suplemento)	19 €
Sellado u obturación radicular termoplástica (suplemento)	35 €
Apertura pulpar cameral *	GRATUITO
PERIODONCIA	
Diagnóstico y sondaje	GRATUITO
Tallado selectivo	GRATUITO
Análisis oclusal	GRATUITO
Periodontograma	45 €
Injerto libre de encía (por pieza)	132 €
Tratamiento con doxiciclina de las bolsas periodontales (sesión)	80 €
Curetaje por cuadrante	27 €
Raspaje y alisado radicular (por cuadrante)	49 €
Cirugía periodontal (curetaje quirúrgico por pieza)	19 €
Alargamiento coronario (por pieza)	77 €
Colgajo reposición apical (por cuadrante)	177 €
Widman modificado (por cuadrante)	172 €
Plastia muco-gingival (por cuadrante)	220 €
Ferulización de dientes en tratamiento periodontal (por diente)	22 €
Mantenimiento periodontal (por sesión)	30 €
Mantenimiento periodontal postquirúrgico (por sesión)	32 €
Cirugía a colgajo (por diente)	47 €
Gingivectomía (por cuadrante)	61 €
Test microbiológicos / estudios bioquímicos (toma de muestras)	GRATUITO
Aplicación local de quimioterápicos	GRATUITO

Descontaminación bosas periodontales y/o periim-plantitis con glicina	27 €
Gingivectomía (por pieza)*	22 €
Injerto de tejido conectivo autólogo	287 €
Ferulización de dientes en tratamiento periodontal (por arcada)	142 €
Alargamiento coronario (por cuadrante)	140 €

ORTODONCIA	
Primera visita para reconocer al paciente	GRATUITO
Estudio cefalometrico (incluye moldes)	47 €
Cajitas de ortodoncia	GRATUITO
Aparatos auxiliares (quadhelix, bihelix, botón de nance, barra palatina, mentoneras, anclajes extra orales, bumper, máscara facial) (cada aparato). Incluye colocación	111 €
Compostura en aparatología fija o movil	35 €
Recementado del mantenedor	GRATUITO
Microtornillo para tracción (por unidad)	117 €
Colocación de Botones y elásticos clase III (unidad)	137 €
Visitas periódicas de revisión ortodoncia	32 €
Visitas periódicas de revisión post-tratamiento	GRATUITO
Desmontaje de aparatología y pulido de dientes (sólo si el tratamiento fue realizado en otra clínica)	32 €
Estudio y planificación para recreación digital (incluye fotografías y/o vídeos)	25 €
Ortodoncia fija	
Tratamiento Ortodóncico con aparatología fija (cada arcada)	277 €
Tratamiento Ortodóncico con Brackets autoligables (cada arcada)	650 €
Recargo por brackets de porcelana (por arcada)	410 €
Recargo por brackets de fibra de vidrio (por arcada)	175 €
Recargo por sistema DAMON (por caso clínico)	400 €
Recargo ortodoncia para cirugía ortognática	680 €
Reposición de Brackets (unidad)	3 €
Reposición de Brackets estéticos (unidad)	5 €
Reposición de Brackets autoligables (unidad)	10 €
Mantenedor de espacio fijo	70 €
Disyuntor	410 €
Revisión mantenedor de espacio	GRATUITO
Ortodoncia removible	
Tratamiento Ortodóncico con aparatología móvil (cada aparato)	212 €
Renovación Aparatología móvil, cambio, pérdida o rotura	202 €
Mantenedor de espacio móvil	52 €
Ortodoncia invisible - Invisalign®	
Invisalign Lite (14 férulas y máximo 2 refinamientos)	3.665 €

Invisalign Moderate (20 férulas y máximo 2 refinamientos)	3.950 €
Invisalign Comprehensive 3 años (incluye alineadores iniciales y máximo 3 refinamientos)	4.200 €
Invisalign Comprehensive 5 años (incluye alineadores iniciales y refinamiento)	4.500 €
Renovación por Pérdida de Alineador (Unidad)	150 €
Reinicio de Tratamiento por Interrupción (Nuevo Estudio)	450 €
Correción durante el tratamiento (Estudio y alineadores)	225 €
Fase de Retención con Retenedores Invisalign (suplemento VIVERA)	440 €
Invisalign Express (7 férulas y máximo 1 refinamiento)	2.115 €
Teen® adolescentes	4.000 €
Ortodoncia invisible	
Tratamiento con Ortodoncia Invisible, Caso Leve 1 arcada (incluye estudio + tratamiento hasta 14 alineadores+ 1 refinamiento sin límite de alineadores)	1.200 €
Tratamiento con Ortodoncia Invisible, Caso Leve 2 arcadas (incluye estudio + tratamiento hasta 14 alineadores+ 1 refinamiento sin límite de alineadores)	1.470 €
Tratamiento con Ortodoncia Invisible, Caso Moderado 1 arcada (incluye estudio + tratamiento desde 15 hasta 28 alineadores + 2 refinamientos sin límite de alineadores)	1.950 €
Tratamiento con Ortodoncia Invisible, Caso Moderado 2 arcadas (incluye estudio + tratamiento desde 15 hasta 28 alineadores + 2 refinamientos sin límite de alineadores)	2.600 €
Tratamiento con Ortodoncia Invisible, Caso Severo 2 arcadas (incluye estudio + sin límites de alineadores+ refinamientos ilimitados sin límite de alineadores)	2.985 €
Renovación por pérdida y unidad (férula)	75 €
Refinamiento por unidad (férula)	75 €
Estudio (sin inicio de tratamiento)	255 €
Ortodoncia lingual	
Tratamiento ortodóncico con brackets linguales (Por arcada)	1.800 €
Visitas periódicas de revisión ortodoncia lingual	127 €
Reposición de brackets linguales (Unidad)	202 €
Colocación de retenedores ortodoncia lingual (Unidad)	107 €
Fase de retención	
Colocación Placas de retención, férula o hawley, (unidad)	107 €
Ferulización de dientes (por arcada). Retención fija	132 €
Ferulización de dientes (por diente)	22 €
PRÓTESIS FIJA	
Cortar y/o retirar puente (por muñón)	22 €

Cementado o recementado de coronas o puentes o incrustación (aplicable en la clínica que ha realizado la prótesis)	GRATUITO
Barra Ackerman (corona aparte / cada tramo)	63 €
Ajustes oclusales a prótesis ya colocadas	GRATUITO
Compostura de porcelana (por pieza)	GRATUITO
Prótesis fija resina	
Corona o puente provisional acrílico (por pieza)	20 €
Incrustación composite / compómero / resina modificada	102 €
Overlay composite / compómero / resina modificada	101 €
Puente Maryland (pieza y dos apoyos) de resina	190 €
Prótesis fija metálica	
Mantenedor de espacio fijo	68 €
Recementado del mantenedor	GRATUITO
Muñón colado multirradicular	65 €
Muñón colado unirradicular	52 €
Casquillos de metal como provisional	11 €
Corona parcial o incrustación metálica (por pieza)	77 €
Corona metal colada (por pieza)	94 €
Corona o unidad de puente metal noble / titanio	287 €
Prótesis fija metal cerámica	
Corona o puente metal porcelana (por pieza)	195 €
Puente Maryland (pieza y dos apoyos) aletas metálicas y acabado en cerámica	272 €
Prótesis fija estética	
Incrustación porcelana	144 €
Incrustación porcelana estratificada	380 €
Corona o puente porcelana (por pieza)	202 €
Corona o puente de Zirconio (por pieza)	352 €
Corona o puente cerámica sin metal tipo in ceram, procera, empress (por pieza)	332 €
Corona o puente disilicato de litio	345 €
PRÓTESIS REMOVIBLE	
Limpieza de prótesis removible	32 €
Composturas y ajustes	
Composturas simples de prótesis removibles (por pieza a colocar o gancho no colado) (aplicable en la clínica que ha realizado la prótesis)	GRATUITO
Compostura soldadura (cada una) (aplicable en la clínica que ha realizado la prótesis)	GRATUITO
Soldar gancho o retenedor (aplicable en la clínica que ha realizado la prótesis)	GRATUITO
Rebase de prótesis removible (aplicable en la clínica que ha realizado la prótesis)	GRATUITO
Rebase con resina o similares acondicionadores de forma provisional, en la prótesis removible (aplicable en la clínica que ha realizado la prótesis)	GRATUITO

Ajustes oclusales sin montaje en articulador para prótesis (aplicable en la clínica que ha realizado la prótesis)	GRATUITO
Ajustes oclusales con montaje en articulador con toma de impresiones estudio oclusal (aplicable en la clínica que ha realizado la prótesis)	GRATUITO
Relleno (realizado en el laboratorio) de prótesis removible	60 €
Añadir piezas nuevas en aparatos hechos (unidad)	35 €
Refuerzo metálico	48 €
Prótesis removible acrílica	
Prótesis removible completa (superior o inferior) inmediata (incluye dos rebases)	292 €
Prótesis removible completa (superior o inferior)	269 €
Prótesis removible completa (superior más inferior)	445 €
Prótesis parcial removible acrílico (de 1 a 3 piezas)	130 €
Prótesis parcial removible acrílico (de 4 a 6 piezas)	205 €
Prótesis parcial removible acrílico (de 7 o más piezas)	255 €
Recargo resina hipoalérgica (cada arcada)	40 €
Prótesis removible flexible	
Prótesis Valplast o Flexite de 1 a 2 piezas	366 €
Prótesis Valplast o Flexite de 3 a 5 piezas	388 €
Prótesis Valplast o Flexite más de 6 piezas	418 €
Preparación y colocación de reparaciones o composturas	57 €
Por piezas añadidas (cada una)	57 €
Neobase (hasta 5 piezas)	64 €
Neobase (más 5 piezas)	142 €
Valplast o Flexite incluyendo esquelético y piezas de 1 a 5	475 €
Valplast o Flexite incluyendo esquelético y piezas de 6 o más	530 €
Prótesis esqueléticos	
Esquelético (estructura base para una o varias piezas)	149 €
Esquelético (terminación en acrílico por pieza)	39 €
Soldar sochapas (cada una)	34 €
Piezas sochapadas (cada una)	34 €
Sujetadores precisión (attaches) (cada unidad)	62 €
Ganchos estéticos (resina acetálica) (cada uno)	78 €
Reposición de sistemas retención (caballitos o teflones)	48 €
CIRUGÍA ORAL	
Retirar puntos	GRATUITO
Extracciones que no precisen cirugía (excluidos cordales o piezas incluidas)	GRATUITO
Extracciones que precisen cirugía (excluidos piezas incluidas)	103 €
Extracción por odontosección	32 €

Extracción de cualquier pieza incluida (una sola pieza)	113 €
Extracción de cordal simple sin cirugía	63 €
Extracción de cordal semi-incluido	73 €
Extracción de cordal incluído	113 €
Extracción dental y reimplante	203 €
Restos radiculares con cirugía	73 €
Extracción de diente supernumerario retenido (por pieza)	27 €
Quistectomía (quistes maxilares)	109 €
Cirugía periapical (apicectomía incluída)	109 €
Diente incluido. Fenestración	88 €
Amputación radicular terapéutica (hemisección)	35 €
Frenillo lingual o labial. Frenectomía	78 €
Reimplantación de piezas (por pieza)	72 €
Regularización de bordes alveolares	58 €
Torus maxilares (cada uno)	48 €
Cirugia menor (tejidos blandos)	73 €
Extirpación de épulis y/o mucocele*	43 €
Toma de biopsia	GRATUITO
Cirugía preprotésica	109 €
Apertura y drenaje abcesos (cada uno)	63 €
Colocación de materiales biológicos (Hueso Liofilizado y otros Biomateriales)	228 €
Colocación de materiales biológicos (Hueso Autólogo). Excluido mentón, tuberosidad, etc.	228 €
Regeneración tisular guiada con membrana reabsorbible	228 €
Regeneración tisular guiada con membrana de reabsorción lenta	383 €
Colocación de membrana no reabsorbible, incluye retirada	487 €
Extracción de sangre para PRP	GRATUITO
Aplicación de plasma rico en plaquetas	178 €
Sistema de sujeción de membrana (chincheta de titanio, cada una)	33 €

IMPLANTOLOGÍA

Estudio implantológico	GRATUITO
Férula quirúrgica	GRATUITO
Férula radiológica	GRATUITO
Férula guía para fresa piloto (marcador dirección)	245 €
Férula quirúrgica para cirugía guiada (con cilindros titanio)	495 €
Revisiones implantología	GRATUITO
Mantenimiento y reajuste anual de prótesis e implante (por implante)	22 €
Mantenimiento quirúrgico del implante (por implante)	60 €

Tratamiento mucositis (levantar, limpiar y desbridar Prótesis)+ radiografías y reinstrucciones de higiene	67 €
Tratamiento periimplantitis (levantar, limpiar y desbridar Prótesis+colgajo+implantoplastia)	69 €
Sedación con oxidonitroso	82 €
Fase quirúrgica	
Elevación de Seno (interno). No incluye biomateriales	377 €
Colocación de un implante	650 €
Fenestración para descubrir implante (segunda cirugía)	GRATUITO
Extracción de cuerpo extraño submucoso	GRATUITO
Sialolitotomía	GRATUITO
Exodoncia implante colocado en otra clínica	122 €
Fase protésica	
Falso muñón de titanio	GRATUITO
Tornillo de cicatrización	GRATUITO
Tornillo de cementación	GRATUITO
Corona provisional sobre implante	31 €
Aditamento protésico (pilar recto / angulado) por implante (incluye pilar cementado/atornillado, calcinable, tornillo retención y transepitelial).	113 €
Corona metal cerámica sobre implante	265 €
Corona de Zirconio sobre implante	392 €
Corona o unidad puente metal noble / titanio	330 €
Puente cerámica unidad en póntico o sobre implante	232 €
Dentadura Híbrida (superior o inferior)	1.670 €
Dentadura Híbrida (superior más inferior)	3.120 €
Sobredentadura sobre implantes	610 €
Mesoestructura en barra	555 €
Prótesis mucosoportada sistema barra (incluye barras y caballitos) (por arcada)	800 €
Prótesis mucosoportada (por arcada)	800 €
Locators (cada uno)	287 €
Reposición de sistemas retención. (Caballitos o Teflones o Hembras de Sobredentadura o gomas Locators)	51 €
Reposiciones de completas con caballitos sobre barra. (caballitos o teflones)	367 €
Carga inmediata	
Implante de carga inmediata (unidad)	850 €
Aditamento protésico sobre implante inmediato	171 €
Corona provisional sobre implante inmediato (por pieza)	45 €
Corona metal cerámica sobre implante inmediato (por pieza)	420 €
Corona de Zirconio sobre implante inmediato (por pieza)	600 €
Implantes cigomáticos	
Estudio para tratamiento con implantes cigomáticos (incluye estudio radiológico)	87 €

1-2 implantes cigomaticos (fase quirúrgica)	8.200 €
3-4 implantes cigomáticos (fase quirúrgica)	10.300 €
1-2 implantes cigomáticos (fase protésica)	6.000 €
3-4 implantes cigomáticos (fase protésica)	6.400 €
ESTÉTICA DENTAL	
Encerado para estudio diagnóstico	22 €
Mock-up (prueba estética) (por pieza)	92 €
Ameloplastia (recontorneado estético)	GRATUITO
Cirugía gingival - gingivectomía (por diente)*	22 €
Blanqueamientos	
Blanqueamiento dental por pieza cada sesión	51 €
Blanqueamiento interno (por pieza) cada sesión*	57 €
Blanqueamiento en consulta (por arcada dental, sesiones incluidas)*	137 €
Blanqueamiento dental en domicilio (férulas, kit y visitas incluidas). Total	172 €
Blanqueamiento dental combinado consulta más domicilio. Total*	397 €
Blanqueamiento dental combinado consulta más domicilio PHILIPS ZOOM ® (Total)	430 €
Jeringa blanqueamiento (reposición) (cada una)	52 €
Reconstrucciones estéticas	
Reconstrucción parcial estética (por pieza)	72 €
Reconstrucción parcial estratificada (por pieza)	127 €
Carillas	
Carillas de composite (por pieza)	77 €
Carillas de porcelana (por pieza)	202 €
Carilla de disilicato de litio (por pieza)	352 €
Carilla de porcelana prensada E.max ® (por pieza)	372 €
Carilla ultrafina (sin tallado) Lumineers® o da Vinci® (por pieza)	392 €
Cementado de carilla (por pieza) (aplicable en la clínica que no se ha realizado la prótesis)	62 €
Carilla feldespatica	380 €
Carilla de zirconio	365 €
Estética Facial (Perioral)	
Mesoterapia facial (por sesión)	122 €
Ácido hialurónicoNasogeniano y líneas de marioneta (por sesión)	282 €
Ácido hialurónico labios (por vial)	282 €
Ácido hialurónico Nasogeniano + marioneta + labio (por sesión)	372 €
Código de barras (Ácido hialurónico) por sesión	322 €
PATOLOGÍA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR	
Tallado selectivo. Ajuste oclusal (incluye montaje de modelos en articulador semiajustable) (Tratamiento completo)	82 €

Analisis oclusal y tallado selectivo en paciente con interferencias	GRATUITO
Inflitración muscular o articular ATM	22 €
Fisioterapia ATM. Enseñanza de ejercicios de relajación, mantenimiento y tonificación muscular	24 €
Tratamiento con Férula de adelantamiento mandibular	288 €
Colocación de Botones y elásticos clase III (unidad)	137 €
Férula descarga	
Tratamiento con férula de descarga neuromiorrelajante. Tipo Michigan	142 €
Revisión periódica (anual)	37 €
Reparaciones, rebases y reajustes de Férula	37 €
Roncopatía	
Primera visita para explicación de tratamiento y entrega de presupuesto	GRATUITO
Toma de medidas y registro de avance mandibular mediante galga y horquilla	87 €
Dispositivo antirronquido	620 €
Visita de revisión	GRATUITO
Apnea / hipoapnea obstructiva del sueño (SAHOS)	
Primera visita para explicación de tratamiento y entrega de presupuesto (incluye análisis resultado prueba del sueño)	GRATUITO
Toma de medidas y registro de avance mandibular mediante galga y horquilla	87 €
Dispositivo apnea / hipoapnea SAHOS	950 €
Visita de revisión y/o ajuste dispositivo apnea / hipoapnea SAHOS (máximo 4 visitas primer año y 1 los sucesivos)	22 €
VARIOS	
Recargos metal precioso o semiprecioso	Seg. Cot.
ODONTOLOGÍA INFANTIL	
PARA MENORES DE 15 AÑOS EN DIENTES TEMPORALES Y DEFINITIVOS SIN NECESIDAD DE REVISIONES PERIÓDICAS	
Consulta	GRATUITO
Educación bucodental	GRATUITO
Enseñanza de técnicas de cepillado	GRATUITO
Fluorizaciones	GRATUITO
Selladores oclusales	GRATUITO
Obturación provisional	GRATUITO
Obturación simple	GRATUITO
Obturación compleja o compuesta	26 €
Reconstrucción de Ángulos	28 €
Reconstrucción Coronaria total	43 €
Curas	GRATUITO
Protección pulpar (recubrimiento pulpar)	GRATUITO
Apertura drenaje pulpar	GRATUITO
Apicoformación (por sesión)	GRATUITO
Pulpotomía (pulpa cameral)	46 €
Pulpectomía (pulpa cameral más radicular)	60 €
Mantenedor de espacio fijo	45 €

Revisión mantenedor de espacio	GRATUITO
Corona prefabricada pediátrica	GRATUITO
Extracción en dientes temporales	GRATUITO
Mantenedor de espacio móvil	27 €
Recemendado del mantenedor	GRATUITO
Extracciones (excluidos cordales o piezas incluidas) que no precisen cirugía maxilo-facial	GRATUITO
Reimplantación de piezas (por pieza)	72 €
Diente incluido. Fenestración	88 €
Frenillo lingual o labial. Frenectomía	78 €

Los tratamientos marcados con asterisco (*) se pueden realizar mediante láser. En caso de utilizar esta técnica puede aplicarse un suplemento de 58 € por tratamiento.

Existe la posibilidad de que no todos los tratamientos relacionados en la tarifa se realicen en todas las clínicas de la red. Consultar disponibilidad.

X. Aceptación de la Póliza

El Tomador reconoce haber recibido, leído y entendido esta Póliza de seguro de Línea Directa Aseguradora, S.A., en sus Condiciones Generales y Particulares, aceptando todas ellas, tanto las que delimitan el riesgo como las que fijan las prestaciones aseguradas y/o exclusiones, considerando que ha sido convenientemente informado de todos los términos del aseguramiento, por lo que otorga su pleno consentimiento al contrato con La Aseguradora.

Para más información

www.lineadirecta.com



linea directa

Las Marcas “Línea Directa” y las marcas figurativas asociadas se utilizan bajo licencia del Grupo Direct Line.