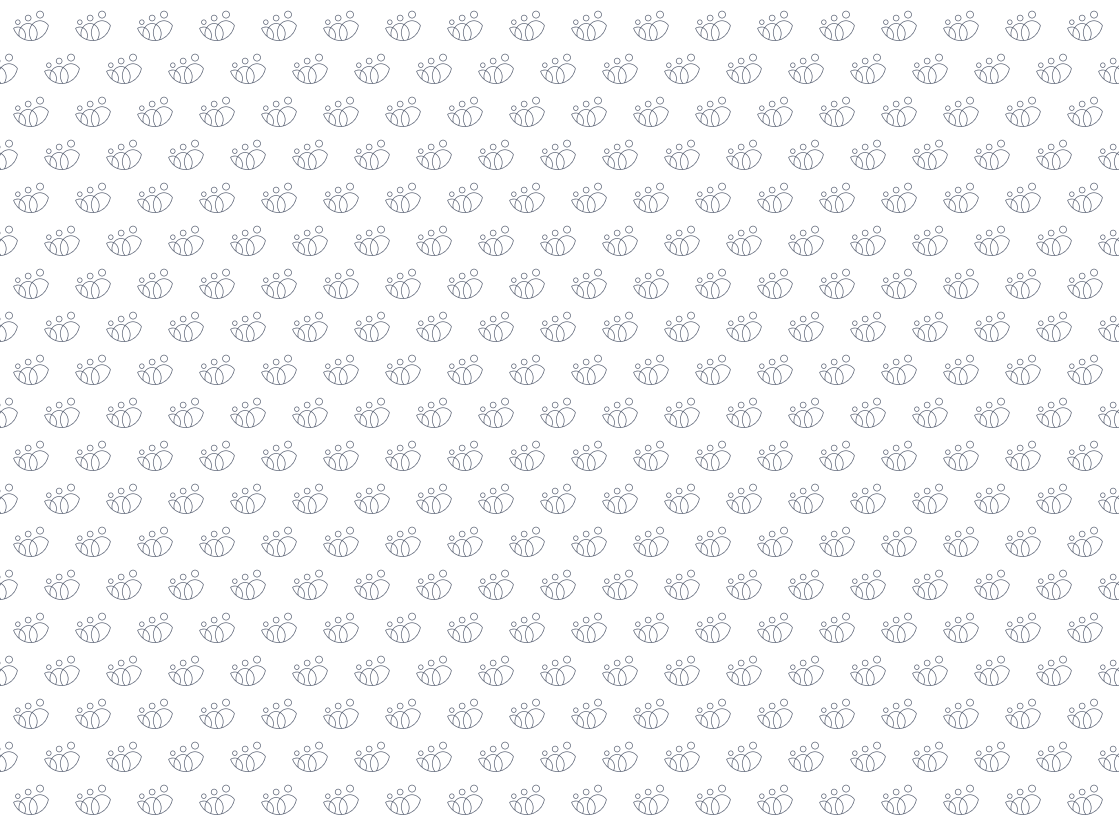




ACUNSAGLOBAL
CONDICIONES GENERALES



Por favor, lea detenidamente esta información.

Índice		Pág.
Artículo 1	Artículo preliminar	5
Artículo 2	Definiciones	6 - 11
Artículo 3	Objeto del Seguro	12 - 13
Artículo 4	Descripción de la Cobertura de Asistencia Sanitaria	14 - 39
Art. 4.1	<i>Cobertura de Asistencia Sanitaria</i>	15 - 31
Art. 4.2	<i>Otras Garantías Adicionales al Seguro de Asistencia Sanitaria</i>	31 - 35
Art. 4.3	<i>Garantías Complementarias de Contratación Voluntaria</i>	35 - 39
Artículo 5	Riesgos Excluidos	40 - 43
Artículo 6	Forma de Prestar los Servicios	44 - 50
Art. 6.1	<i>Modalidad 1 - Asistencia Sanitaria a través de Medios propios</i>	44 - 45
Art. 6.2	<i>Modalidad 2 - Asistencia Sanitaria por Medios ajenos</i>	45 - 50
Artículo 7	Periodos de Carencia	51 - 52
Artículo 8	Bases, Pérdida de Derechos y Rescisión e Indisputabilidad del Contrato	53
Artículo 9	Formalización del Contrato y duración del Seguro	54
Artículo 10	Pago de Primas	55 - 56

	Pág.	
Artículo 11	Otras facultades, obligaciones y deberes del Tomador o del Asegurado	56 - 58
Artículo 12	Otras obligaciones de ACUNSA	58
Artículo 13	Actualización anual de las Condiciones Económicas de la Póliza	59
Artículo 14	Tratamiento de Datos de Carácter Personal	59 - 61
Artículo 15	Comunicaciones	62
Artículo 16	Control e Instancias de Reclamación	63
Artículo 17	Prescripción	64

Anexo

	Pág.	
	Seguro de Asistencia en Viaje	65 - 78
A.	<i>Información Básica</i>	66 - 70
B.	<i>Garantías Cubiertas</i>	70 - 75
C.	<i>Exclusiones</i>	76 - 78

Artículo 1

Artículo preliminar

La actividad Aseguradora que lleva a cabo ASISTENCIA CLÍNICA UNIVERSITARIA DE NAVARRA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS, en adelante ACUNSA, está sometida al control del Estado español siendo el órgano competente para ello la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones dependiente del Ministerio de Economía y Empresa.

El presente contrato se encuentra sometido a la Ley de Contrato de Seguro 50/1980, de 8 de octubre (B.O.E. de 17 de Octubre), por lo dispuesto en la Ley 20/2015 de 14 de julio de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras y su Reglamento de desarrollo, aprobado por el Real Decreto 1060/2015 de 20 de noviembre, así como por lo que se conviene en las presentes condiciones Generales, Particulares y Especiales, en su caso, que se le unan, sin que tengan validez las cláusulas limitativas de los derechos del TOMADOR del Seguro y del ASEGURADO que no sean aceptadas por los mismos. No requerirán la mencionada aceptación las meras transcripciones o referencias a preceptos legales o reglamentos imperativos.

Durante la vigencia de la póliza las Condiciones Generales pueden modificarse para incorporar nuevos tratamientos y medios de diagnóstico, modificaciones legislativas o cualquier otro tipo de precisión sobre las coberturas. Cualquier modificación que implique una reducción de coberturas médicas deberá ser comunicada expresamente al TOMADOR, pudiendo éste oponerse a la renovación de la póliza.

La versión actualizada y en vigor de estas Condiciones Generales pueden consultarse en nuestra página web: www.acunsa.es

Artículo 2

Definiciones

A los efectos del presente contrato se entenderá por:

Accidente

La lesión corporal sufrida durante la vigencia de la póliza, que derive de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado.

Accidente laboral

Cualquier tipo de accidente sufrido como consecuencia o con ocasión de realizar cualquier trabajo por cuenta propia o ajena, incluidos los accidentes "in itinere".

Acto médico

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

Análisis y pruebas preoperatorias

Análisis clínicos y medios de diagnóstico que, una vez determinado con exactitud el diagnóstico y el alcance de la enfermedad, y establecida la necesidad de intervención quirúrgica, se realizan antes de la misma con el objetivo de obtener la mayor seguridad del paciente. Están compuestos por: analítica básica, radiografía de tórax, electrocardiograma y la valoración del anestesista.

Asegurado

La persona o personas sobre las cuales se establece el Seguro.

Asegurador

Asistencia Clínica Universitaria de Navarra, S.A. de Seguros y Reaseguros (ACUNSA) que, mediante el cobro de la prima,

asume la cobertura de los riesgos con el alcance y condiciones expresados en el contrato.

Asistencia ambulatoria

Asistencia sanitaria que se presta o realiza en un centro médico pero que no requiere la hospitalización del Asegurado.

Asistencia hospitalaria / hospitalización

Supone el registro de entrada del Asegurado como paciente y su permanencia en el hospital durante un mínimo de 24 horas.

Asistencia primaria

Asistencia médica básica que se proporciona al Asegurado en el marco ambulatorio que incluye medicina de familia, pediatría y servicios de enfermería.

Beneficiario

Asegurado con derecho a recibir una prestación sanitaria en caso de producirse un siniestro cubierto por la póliza.

Cirugía / Intervención quirúrgica

Operación, con fines diagnósticos o terapéuticos, realizada por un cirujano o por un equipo quirúrgico mediante incisión u otra vía de abordaje interno. Normalmente requiere la utilización de un quirófano.

Cirugía mayor ambulatoria

Intervención quirúrgica realizada en un quirófano que requiere cuidados postoperatorios poco intensivos y de corta duración, por lo que no precisa ingreso hospitalario.

Cirugía menor ambulatoria

Procedimientos quirúrgicos o intervenciones sencillas que se realizan en consulta con anestesia local o sedación.

Condiciones Generales

Documento, que forma parte de la póliza, en el que se reflejan las obligaciones y derechos del Tomador, de los Asegurados y de ACUNSA.

Condiciones Particulares

Documento, que forma parte de la póliza, en el que se concreta y particulariza el riesgo que se asegura.

Consulta médica

Acción de recibir o atender al médico a los pacientes. Su objetivo fundamental es el diagnóstico y seguimiento de enfermedades pudiendo utilizar para ello medios de diagnóstico simple o de alta tecnología. La consulta médica no incluye el tratamiento de enfermedades, salvo en algunas ocasiones, pequeñas intervenciones sencillas.

Consulta médica interdepartamental

Apoyo de médicos de otra especialidad en el transcurso de una consulta médica.

Cuadro Médico

Relación de facultativos y centros médicos concertados que ACUNSA pone a disposición de sus Asegurados.

Cuestionario de Salud

Declaración jurada, realizada y firmada por el Asegurado o representante legal, de forma previa a la formalización

del contrato, en el que se recogen los datos necesarios para la evaluación del riesgo.

Dolo

Actuar con conciencia y voluntad de engañar para producir resultados favorables, un daño o la obtención de un beneficio, afectando los intereses de la aseguradora o a un tercero.

Enfermedad

Toda alteración de la salud de un Asegurado no causada por un accidente, diagnosticada por un médico, que haga precisa la prestación de asistencia sanitaria, y cuyas primeras manifestaciones se presenten durante la vigencia de la póliza.

Enfermedad, lesión, defecto o deformación congénita

Aquella que ya existe en el momento del nacimiento y que puede manifestarse y ser reconocida, durante el embarazo, inmediatamente después del nacimiento, o en cualquier periodo de la vida del Asegurado.

Exclusión

Toda limitación en la cobertura de parte o de todas las garantías en Póliza para una enfermedad o patología en concreto, su tratamiento, causas o consecuencias. Estas limitaciones figuran en las Condiciones Particulares y se establecen de forma individual para cada Asegurado, a diferencia de los Riesgos Excluidos que se establecen de forma general para toda la póliza y aparecen recogidos en las Condiciones Generales.

Fármacos de dispensación hospitalaria

Fármacos que, por sus características requieren ser dispensados con un especial control por parte del servicio de farmacia en los hospitales.

Hospital de Día

Régimen hospitalario en el que un Asegurado ha sido registrado como paciente en aquellas unidades del hospital así denominadas específicamente, tanto médicas como quirúrgicas, para recibir un tratamiento concreto o por haber estado bajo la acción de una anestesia, por un periodo inferior a 24 horas.

Hospitalización de carácter social y/o familiar

Ingreso o prolongación de la estancia por causas no relacionadas con patologías médicas objetivas, o cuando el estado de salud del Asegurado permita su alta hospitalaria por no estar recibiendo un tratamiento orientado a la curación de una patología o enfermedad.

Inmunoterapia

Conjunto de tratamientos que emplean mecanismos inmunológicos para combatir enfermedades, estos incluyen los tratamientos hiposensibilizadores, empleados en enfermedades alérgicas, la inmunosupresión en trasplantes de órganos o enfermedades autoinmunes, el tratamiento en diversas patologías o las técnicas de tratamiento celular adoptivo, en el tratamiento del cáncer.

Lesión

Alteración patológica en la morfología o

estructura de un tejido u órgano sano, producida por causas físicas, químicas o biológicas.

Límite de reembolso

La cantidad máxima que ACUNSA se compromete a reembolsar por la asistencia sanitaria en medios ajenos a su cuadro médico concertado. Se establece un límite anual máximo y sublímites parciales para distintos actos médicos. Estos límites se podrán actualizar por parte de ACUNSA, comunicándolo previamente al TOMADOR.

Material implantable

Material sintético o natural que es introducido en el cuerpo con la intención de sanar, curar o corregir algún problema de salud.

Medicina Regenerativa

Disciplina científica que sustenta la acción terapéutica de la medicina en el potencial de la renovación y regeneración de los tejidos y órganos corporales y en la aplicación de los principios de la bioingeniería a la obtención de sustitutos biológicos capaces de mantener, manejar o restaurar las características estructurales y funcionales de dichos tejidos y órganos.

Medios ajenos o no concertados

Clínicas, hospitales, centros asistenciales, laboratorios, facultativos y cualquier otro proveedor de asistencia sanitaria privado que, a elección de los Asegurados proporcionan la cobertura de asistencias sanitarias mediante la opción de reembolso parcial de los gastos, tanto en territorio nacional como en el resto del mundo.

Medios propios o concertados

Clínicas, hospitales, centros asistenciales, laboratorios, facultativos y cualquier otro proveedor de asistencia sanitaria, que ACUNSA pone a disposición de sus Asegurados para la cobertura de asistencias sanitarias en el territorio nacional.

Ortesis

Dispositivo ortopédico que reemplaza parcial o totalmente las funciones de un miembro con incapacidad física, invalidez o disimetría. No se deben confundir con las prótesis que reemplazan el propio miembro y no sus funciones.

Periodo de carencia

Periodo de tiempo contado a partir de la fecha de alta de cada Asegurado en la póliza durante el cual no tendrá derecho a determinadas prestaciones derivadas del seguro.

Póliza

El contrato de Seguro, compuesto por las presentes Condiciones Generales, las Particulares, y en su caso las Especiales, así como los anexos o modificaciones que se produzcan durante su vigencia.

Postoperatorio

Periodo de tiempo inmediato a una intervención quirúrgica, durante el cual, el ASEGURADO debe permanecer necesariamente ingresado para recuperarse de la cirugía.

Preexistencia

Enfermedad, patología, lesión o defecto físico, o cualquier alteración de la salud o trastorno orgánico, incluso embarazo

en curso, que existe con anterioridad al momento del alta del seguro y que puede estar diagnosticada o ser percibida por síntomas o signos.

Prima

El precio del Seguro e impuestos que sean de aplicación legal.

Prótesis

Cualquier elemento, sea cual sea su naturaleza o material, que reemplaza temporal o permanentemente a un órgano, tejido, miembro o parte de alguno de ellos.

Residencia habitual

Se entenderá por aquel lugar o domicilio en el que una persona física vive habitualmente, más de 183 días al año, debido a la existencia de vínculos personales y/o profesionales.

Revisión postquirúrgica

Revisión ambulatoria que se realiza tras la intervención quirúrgica orientada a comprobar la correcta evolución de la cirugía.

Riesgos Excluidos

Toda limitación de la cobertura de la póliza recogida como tal en el apartado correspondiente de estas Condiciones Generales y que son de aplicación general para todas las pólizas de la misma modalidad.

Siniestro

Todo hecho cuyas consecuencias estén total o parcialmente cubiertas por la póliza y que formen parte del objeto del seguro.

Solicitud de reembolso de gastos médicos

Formulario, que ACUNSA pone a disposición del ASEGURADO, mediante el cual se solicita el reembolso de gastos de los actos médicos ocasionados por la prestación de asistencia sanitaria por medios ajenos.

Terapia génica

Conjunto de estrategias, en su mayoría experimentales, encaminadas a la transferencia de un gen, fragmentos de genes u oligonucleótidos a las células de un individuo con fines terapéuticos.

Tomador del Seguro

La persona física o jurídica que junto con ACUNSA suscribe el contrato, quedando obligada en los términos del mismo.

Tratamiento

Conjunto de medidas médicas, farmacológicas, quirúrgicas, físicas o de otro tipo encaminadas a curar o a aliviar las enfermedades.

Tratamiento farmacológico o farmacoterapia

Tratamiento de las enfermedades basado principalmente en la administración de medicamentos.

Tratamiento médico

Tratamiento que utiliza exclusivamente medios higiénicos, dietéticos y farmacológicos, sin recurrir a las intervenciones quirúrgicas para resolver la enfermedad.

Tratamiento quirúrgico

Tratamiento realizado en quirófano ba-

sado principalmente en una o más intervenciones quirúrgicas.

Urgencia vital

Aquella situación que requiere una atención médica inmediata e inaplazable (en pocas horas) por existir un riesgo vital o para evitar un daño irreparable para la salud del Asegurado.

Artículo 3

Objeto del Seguro

El presente seguro de enfermedad es un seguro mixto de asistencia sanitaria en Cuadro Médico Concertado y reembolso parcial de gastos sanitarios en medios ajenos. Da cobertura de asistencia médica, quirúrgica y psiquiátrica para las enfermedades o lesiones que figuran en las Especialidades comprendidas en el Artículo 4 "Descripción de la Cobertura de Asistencia Sanitaria" de estas Condiciones Generales, tanto en la geografía nacional como en el resto del mundo.

El ASEGURADO podrá acceder a la prestación de asistencia sanitaria en dos modalidades distintas:

Modalidad 1

Prestación de Asistencia Sanitaria a través de Medios propios

Clínica Universidad de Navarra y Cuadro Médico Concertado Nacional

Para esta modalidad, ACUNSA pone a disposición de sus ASEGURADOS, dentro de los límites y condiciones estipulados por la Póliza y una vez realizado el pago de la prima, la asistencia médica, quirúrgica y psiquiátrica en Clínica Universidad de Navarra tanto en su sede de Pamplona como en Madrid, y en Cuadro Médico Concertado para el tratamiento de enfermedades o lesiones en el territorio nacional.

En esta modalidad ACUNSA pagará las asistencias directamente al proveedor de servicios médicos.

Los facultativos y médicos del cuadro médico pueden modificarse a lo largo de la vigencia de la póliza.

Modalidad 2

Prestación de Asistencia Sanitaria por Medios ajenos

Reembolso de Gastos

Dentro de los límites y condiciones estipulados por la Póliza, y una vez realizado el pago de la prima, el ASEGURADO podrá elegir la utilización de medios ajenos para la cobertura de la asistencia médica, quirúrgica y psiquiátrica tanto en la geografía nacional como en el resto del mundo.

La cantidad a reembolsar se determinará de acuerdo a los porcentajes generales de reembolso, al importe anual máximo garantizado y a los límites parciales de reembolso que se establecen en estas Condiciones. Los gastos médicos deberán ser los razonables y acostumbrados.

*Las coberturas de la póliza son válidas en cualquier lugar del mundo, **siempre que la residencia habitual del ASEGURADO se encuentre en España durante al menos 183 días al año.** En caso de traslado de domicilio fuera de España, la cobertura de la póliza cesará automáticamente, teniendo derecho el TOMADOR a la devolución de la parte de prima no consumida.*

Artículo 4

Descripción de la Cobertura de Asistencia Sanitaria

Según lo establecido en el Artículo 3 "Objeto del Seguro", el desglose de las coberturas de asistencia sanitaria de la póliza es el siguiente:

El alcance de las coberturas será el que se detalla a continuación, no siendo válidas definiciones o interpretaciones que pudieran hacerse en documentos distintos a estas Condiciones Generales. Asimismo, **se concretan dentro de las Especialidades cláusulas limitativas y delimitadoras de las coberturas garantizadas por la póliza.**

Para el acceso a determinadas coberturas de la póliza, existe un periodo de carencia detallado en el Artículo 7 de estas Condiciones Generales.

Art. 4.1

Cobertura de Asistencia Sanitaria.

A. Tipos de Asistencia Sanitaria cubiertos por la póliza

A.1 Asistencia Primaria

Medicina de Familia	Consulta médica y prescripción de medios de diagnóstico básicos.
Pediatría y puericultura	Consulta médica a niños de hasta 14 años de edad y prescripción de medios de diagnóstico básicos. Incluye controles preventivos y de desarrollo infantil.
Servicio de enfermería	En consulta.

A.2 Consultas en Especialistas (especialidades Médicas y Quirúrgicas)

Incluye los honorarios médicos del especialista y personal sanitario, así como las pruebas y medios de diagnóstico tanto simples como de alta tecnología indicadas por el facultativo del cuadro médico que tengan como objetivo, el diagnóstico o seguimiento de la enfermedad.

Se incluye igualmente la Cirugía menor ambulatoria. (Ver Definición)

Quedan cubiertas las siguientes revisiones de medicina preventiva:

- **Revisión anual ginecológica**, que incluye honorarios médicos, citología, ecografía ginecológica, mamografía y ecografía de mama. Estas pruebas se realizarán si están indicadas a criterio del médico responsable de la revisión.

- **Revisión anual pediátrica** para el seguimiento del desarrollo infantil hasta los 14 años.
- **Revisión anual urológica** para los hombres mayores de 45 años, que incluye analítica con determinación de antígenos prostáticos, ecografía transrectal y/o biopsia si el médico responsable de la revisión lo considera necesario.

A.3 Urgencias

La asistencia sanitaria urgente se presta en Clínica Universidad de Navarra (tanto en su sede de Navarra como en Madrid) o en los Centros Médicos Concertados Nacionales, en servicio de 24 horas.

El ASEGURADO podrá obtener información sobre el cuadro médico en atención de urgencias, poniéndose en contacto con el Servicio Permanente de Salud descrito en el apartado A.4 de estas condiciones.

Si el ASEGURADO queda ingresado deberá comunicarlo a ACUNSA en un plazo máximo de 72 horas, quedando ACUNSA exonerada de realizar pago alguno en caso de que no se cumplan estos plazos o no se presente el correspondiente informe médico que justifique el ingreso hospitalario.

En caso de asistencia o ingreso de carácter urgente, en cualquier Centro hospitalario no concertado por ACUNSA, se aplicarán las condiciones establecidas para el Reembolso de gastos (Modalidad 2).

A.4 Servicio médico telefónico 24 horas - Servicio Permanente de Salud

ACUNSA pone a disposición del ASEGURADO, un servicio de 24 horas de orientación médica telefónica encaminado a resolver dudas médicas urgentes como podrían ser: dosis de una medicación, tratamiento de enfermedades banales y situaciones

similares. A la vez, brindará información respecto al cuadro médico en atenciones de urgencias, indicando el centro más cercano al domicilio del ASEGURADO en función de su patología.

El ASEGURADO que requiera traslado en ambulancia, podrá solicitar y activar esta garantía mediante este servicio médico telefónico según lo descrito en el apartado A.9 de este mismo artículo.

*En los casos de urgencia médica en los que el ASEGURADO se encuentre impedido para trasladarse a un centro médico y **bajo criterio exclusivo del equipo médico** del Servicio Permanente de Salud podrá prestarse atención a domicilio de médico y/o enfermería. Este servicio se garantiza únicamente en las capitales de provincia y localidades cercanas en las que se disponga de servicios concertados a tal efecto.*

El Servicio Permanente de Salud únicamente queda cubierto mediante la Modalidad 1.

A.5 Tratamientos en Hospital de Día

Tratamientos médicos y quirúrgicos que no precisen ingreso en el centro hospitalario (estancia inferior a 24 horas). Durante la estancia del ASEGURADO la póliza incluye los gastos de estancia en Hospital de Día, las pruebas y medios de diagnóstico, la medicación, los gastos de quirófano y los honorarios médicos y del personal sanitario.

No quedarán cubiertos los tratamientos farmacológicos, con la excepción de los tratamientos endovenosos de quimioterapia e inmunoterapia en enfermedades oncológicas y en trasplantes de médula ósea. **Se excluye expresamente el tratamiento de inmunoterapia con células CAR-T.**

*En el caso de **vacunas** (tanto preventivas como terapéuticas, de cualquier especialidad) y en el tratamiento de **degeneración macular**, se cubrirá el acto médico exclusivamente. El coste del fármaco o la medicación será siempre por cuenta del asegurado.*

A.6 Asistencia Hospitalaria

Hospitalización en HABITACIÓN INDIVIDUAL (estancias superiores a 24 horas) con cama para un acompañante, salvo en los casos en los que por prescripción facultativa no sea posible, para tratamiento médico o quirúrgico. Durante la hospitalización se incluyen los gastos de estancia y manutención del ASEGURADO, las pruebas y medios de diagnóstico, la medicación, los gastos de quirófano y los honorarios médicos y del personal sanitario.

Los distintos tipos de hospitalización cubiertos por la póliza son:

Hospitalización médica

Ingresos que no requieran una intervención quirúrgica para el diagnóstico o tratamiento de enfermedades, tanto de adultos como de pacientes en edad pediátrica. Incluye internamientos en Unidades Especiales (U.C.I. y A.H.E.).

La necesidad de ingreso y la duración de la estancia vendrán determinadas por el médico responsable de la asistencia.

No se cubrirán los ingresos en los que el motivo fundamental del mismo sea la administración de fármacos, con excepción de los tratamientos endovenosos oncológicos de quimioterapia e inmunoterapia. Tampoco quedarán cubiertos aquellos ingresos donde la hospitalización tenga carácter social o familiar.

Hospitalización quirúrgica y partos

Asistencias que requieran ingreso hospitalario para tratamientos quirúrgicos y cuidados postoperatorios. Los partos tendrán consideración de hospitalización quirúrgica.

Quedan cubiertos los análisis y pruebas preoperatorias, las curas y la primera revisión ambulatoria postquirúrgica si la hubiese.

La cirugía robótica únicamente se cubrirá mediante Cuadro Médico Concertado Nacional (Modalidad 1).

Las prótesis que se pudieran implantar se encuentran detalladas y quedan cubiertas según lo dispuesto en el apartado A.8 de este mismo Artículo, denominado "Prótesis y Material Implantable".

Hospitalización psiquiátrica

Únicamente para estados patológicos agudos que necesariamente, a criterio de un facultativo del cuadro médico requieran del ingreso hospitalario, tanto de adultos como de pacientes en edad pediátrica.

La duración de la estancia vendrá determinada por el médico responsable de la asistencia y en todo caso con un **límite máximo de sesenta días por ASEGURADO y año.**

A efectos de este límite anual, se contabilizarán los días de ingreso del ASEGURADO utilizados en ambas Modalidades (Medios propios y Medios ajenos) de prestación de asistencia sanitaria.

A.7 Tratamientos y Terapias Avanzadas

Los tratamientos y terapias que figuren en este apartado quedan cubiertos **exclusivamente mediante la Modalidad 1 (Prestación Sanitaria a través de Medios Propios) y, bajo las especificaciones que en cada técnica se describen.**

Radioterapia con Protones - Protonterapia

Se cubre la Protonterapia para las siguientes indicaciones oncológicas:

Niños

- Tumores de base de cráneo, cerebrales, cuello.
- Melanoma ocular.
- Tumores de pulmón.
- Hígado.
- Linfomas.
- Sarcomas.

Adultos

- Tumores próximos a la base del cráneo (incluidos condromas y condrosarcomas).
- Tumores primarios o metastásicos en la médula espinal.
- Tumores oculares (incluido melanoma ocular).
- Pacientes con síndromes genéticos con riesgo de elevada toxicidad.

La Protonterapia quedará cubierta **con un límite de 25.000 euros por tratamiento**. Este incluye: la Pre-Planificación y Planificación por TAC, verificación de tratamiento, simulación, sesiones de tratamiento, anestesia, consultas semanales de Enfermería Oncología Radioterápica durante el tratamiento y la primera reevaluación de Oncología Radioterápica tras finalizar el tratamiento.

Cualquier otro acto médico no incluido en el detalle del tratamiento de protonterapia anteriormente descrito, quedará cubierto o no, en función de la cobertura de su póliza.

Tratamiento HIFU del temblor esencial

Se cubre el tratamiento de ultrasonidos focalizados de alta intensidad para el temblor esencial y el temblor de la enfermedad de Parkinson **con un límite de 12.000 euros por tratamiento**.

ACUNSA cubrirá el tratamiento HIFU para estas enfermedades, siempre que el ASEGURADO no haya respondido a tratamientos farmacológicos y tenga un diagnóstico clínico de la enfermedad de grado IV.

A.8 Prótesis y Material Implantable

Se incluyen **con un límite de 15.000 euros por ASEGURADO y año**, las prótesis internas traumatológicas, lentes intraoculares monofocales, prótesis de mama como consecuencia de tumor de mama, mallas uretrales y abdominales, implante coclear, neuroestimulador medular y neuroestimulador cerebral profundo para la enfermedad de Parkinson, válvulas cardíacas, marcapasos, desfibriladores, prótesis de by-pass vascular, stent vasculares, shunt porto-cava, prótesis biliares, port-a-cath, reservorios

venosos, catéteres, nefrostomías, coils y válvula de derivación LCR. **Quedan excluidas las prótesis externas ortopédicas.**

Para el tratamiento de la apnea obstructiva del sueño no quedará cubierto el neuroestimulador del nervio hipogloso que se implanta durante la intervención quirúrgica.

El límite anual podrá modificarse a su vencimiento, con el fin de mantener su valor real. En tal caso, se comunicará con antelación al TOMADOR del seguro.

El coste de cualquier otro tipo de prótesis, piezas anatómicas y ortopédicas así como de cualquier otro tipo de material implantable y ortesis, será por cuenta del ASEGURADO.

A.9 Servicio de Ambulancia

La póliza cubre el traslado del ASEGURADO, **exclusivamente en vehículo terrestre**, desde el domicilio del ASEGURADO o lugar del siniestro en territorio español, hasta Clínica Universidad de Navarra o al centro hospitalario concertado más próximo para ingreso hospitalario.

Únicamente se cubre el traslado en ambulancia en los casos en los que el médico indique la necesidad de ingreso hospitalario, la situación del ASEGURADO se considere urgente y esté imposibilitado para la utilización de los servicios ordinarios de transporte.

El servicio de Ambulancia se gestionará mediante el Servicio Permanente de Salud (Ver apartado A.4 de este mismo artículo) quien activará y enviará la ambulancia para el traslado al hospital concertado.

Con las mismas condiciones de prescripción por parte de un facultativo del cuadro médico se cubrirá la ambulancia de regreso al domicilio del ASEGURADO.

En caso de traslado a un Centro no concertado por ACUNSA (Modalidad 2) se cubrirá el traslado al Centro hospitalario privado más cercano al lugar en que se encuentre el ASEGURADO y se reembolsará según los porcentajes y límites establecidos en el Artículo 6.2 de estas Condiciones.

A.10 Cobertura de Hotel en determinadas asistencias sanitarias en Clínica Universidad de Navarra

ACUNSA se hará cargo de la estancia en hotel de categoría no inferior a tres estrellas, en régimen de alojamiento y desayuno, cuando el ASEGURADO sea tratado en la Clínica Universidad de Navarra de los siguientes servicios garantizados por la póliza:

- **Asistencia Hospitalaria/Hospitalización:** los ASEGURADOS que vayan a ser ingresados tienen cubierta una noche en el hotel designado por ACUNSA el día anterior al ingreso hospitalario. Podrán alojarse otra noche el día que reciban el alta hospitalaria.
- **Tratamientos de radioterapia o quimioterapia en régimen de Hospital de Día:** se cubrirá la estancia en el hotel que ACUNSA designe durante los días que dure el tratamiento, para el ASEGURADO y un acompañante. La estancia podrá iniciarse el día anterior a la primera sesión y podrá igualmente alojarse en el hotel el día en que reciba la última sesión.
- **Unidades Especiales de Clínica Universidad de Navarra (U.C.I. y A.H.E.):** durante la estancia del ASEGURADO en estas Unidades, se cubrirá la estancia de un acompañante en el hotel que ACUNSA designe.

A.11 Acceso en condiciones especiales a Protocolos de Medicina Preventiva y Soluciones Estéticas en CUN

Los ASEGURADOS pueden acceder a precios especiales a una serie de protocolos cerrados de medicina preventiva, así como a una serie de soluciones de cirugía estética en la Clínica Universidad de Navarra.

Los ASEGURADOS que quieran acceder a cualquiera de estos servicios con precios especiales, deberán identificarse directamente en la Clínica Universidad de Navarra antes de la realización de la asistencia, informando de que quieren acogerse a las condiciones especiales pactadas para ASEGURADOS de ACUNSA.

Debido a la continua incorporación de nuevas técnicas y a la actualización de los protocolos y sus precios, no se relacionan en el presente condicionado, debiendo consultarse en el **Área de Asegurados** de la página web.

Cualquier acto médico que no esté expresamente recogido en la definición del protocolo será facturado por la Clínica Universidad de Navarra al ASEGURADO, incrementándose de esta forma el precio establecido para el protocolo.

B. Especialidades

Con el alcance de las coberturas, limitaciones y exclusiones establecidas en estas Condiciones Generales y en su caso, en las Condiciones Particulares, la póliza cubre la asistencia sanitaria con y sin ingreso hospitalario, en las siguientes especialidades médicas:



Alergología e Inmunología Clínica

El coste de las vacunas será siempre por cuenta del ASEGURADO.



Anestesia y Cuidados Intensivos

Incluye tratamiento no farmacológicos en la unidad del dolor en procesos agudos.



Área de Enfermedades Infecciosas



Área de Patología Mamaria



Área de Terapia Celular



Cardiología



Cirugía Cardíaca



Cirugía General y Digestiva

Incluye Cirugía Anal y Proctología.



Cirugía Oral y Maxilofacial

No quedarán cubiertas asistencias sanitarias relacionadas directa o indirectamente con la Implantología.



Cirugía Ortopédica y Traumatología



Cirugía Plástica y Reparadora

Se cubren únicamente asistencias médicas cuya finalidad sea la reparación de lesiones.

Incluida la reconstrucción mamaria, prótesis y expansores de piel, tras mastectomía radical.



Cirugía Torácica



Cirugía Vascular

Para el tratamiento de varices se cubren únicamente las intervenciones quirúrgicas de varices patológicas de grado 2/3 o superior.

 Dermatología Médico-Quirúrgica

 Digestivo

 Endocrinología y Nutrición


Queda excluida cualquier asistencia relacionada con el estudio y/o tratamiento del sobrepeso y la obesidad. Como excepción, se cubre la cirugía bariátrica en caso de obesidad mórbida (>40,00 IMC), así como los análisis y pruebas preoperatorias y la primera revisión postquirúrgica.

 Ginecología y Obstetricia

Las técnicas aplicadas para el tratamiento de la infertilidad quedarán cubiertas únicamente en la Clínica Universidad de Navarra. Para ello la edad límite de la ASEGURADA será de 40 años y deberán estar incluidos en la póliza ambos miembros de la pareja.

 Hematología y Hemoterapia

 Hepatología

 Medicina de Familia

 Medicina Interna



Medicina Nuclear



Medicina Paliativa



Medicina Preventiva

Incluye una revisión anual ginecológica, urológica y pediátrica.



Nefrología



Neumología



Neurocirugía



Neurología

Queda excluida la hospitalización o la prolongación de la estancia cuando el motivo principal sea la rehabilitación de daño cerebral.

En régimen ambulatorio se cubre con el límite de sesiones previsto en REHABILITACIÓN y FISIOTERAPIA.



Oftalmología



Oncología Médica



Oncología Radioterápica



Otorrinolaringología

*Se cubre la intervención quirúrgica para el tratamiento de la apnea obstructiva del sueño, **pero no el neuroestimulador del nervio hipogloso que se implanta durante la misma.***



Pediatría

Incluye área de Neonatología.



Podología

Se cubre exclusivamente la quiropodia, concretamente los siguientes actos médicos:

- Eliminación de callos y durezas producidas por la presión ejercida por el calzado.*
- Pulido e hidratación de los talones para eliminar la piel muerta y prevenir la aparición de grietas.*
- Corte y fresado de uñas terapéutico.*
- Tratamiento conservador de uña encarnada.*

Con un límite de 10 sesiones anuales.



Psiquiatría y Psicología Clínica

*Incluye la atención psicológica, incluida psicología infantil, de carácter individual y temporal, de forma ambulatoria, prescrita por un psiquiatra del cuadro médico. **La psicoterapia tendrá un límite anual de 22 sesiones.***



Rehabilitación y Fisioterapia

*Previa indicación de un facultativo **con un límite anual de 50 sesiones ambulatorias. Quedan excluidas las terapias de mantenimiento y ocupacionales, así como la rehabilitación de lesiones crónicas que ya se encuentren estabilizadas.***



Reumatología



Unidad del Dolor



Urología

A efectos de contabilizar los límites anuales de sesiones de Podología, Psicoterapia, Rehabilitación y Fisioterapia se acumularán tanto las sesiones en Medios propios (Modalidad 1) como las sesiones en Medios ajenos (Modalidad 2).

C. Medios de diagnóstico

La póliza cubre los medios de diagnóstico habituales reconocidos por la práctica médica y para las indicaciones autorizadas por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, **salvo los estudios o pruebas de diagnóstico relacionados con investigación, de carácter científico, o los relacionados de cualquier forma con tratamientos estéticos.** Los medios de contraste y los radiofármacos utilizados se encuentran incluidos en la cobertura.

Las pruebas de diagnóstico se realizarán, en todos los casos, previa prescripción del médico que tenga a cargo la asistencia del ASEGURADO y **sólo se cubrirán si la asistencia está garantizada por la póliza.**

Análisis clínicos

Bioquímica, Hematología, Microbiología, Parasitología y Genética

Anatomía patológica y Citopatología

Análisis de imagen y telepatología, Autopsia Clínica, Histotecnia, Inmunohistoquímica, Laboratorio de Estudio Intraoperatorio y Macroscopia, Microscopía electrónica, Técnicas de biología molecular.

Dermatoscopia digital

Prevía prescripción de un facultativo del cuadro médico, relacionado con la enfermedad a tratar. En diagnóstico precoz de melanoma maligno en personas con antecedentes familiares y/o personales de melanoma, en el síndrome del nevus displásico y/o presencia de múltiples nevus/lunares (más de cien lesiones).

Detección precoz de la sordera en niños

Incluye consulta y exploración, otoemisiones acústicas y potenciales evocados auditivos del tronco cerebral.

**Diagnóstico
cardiológico**

Electrocardiograma, Prueba de Esfuerzo, Ecocardiograma, Holter Convencional, Holter de Eventos, Doppler, Coronariografía por TAC, Estudios Hemodinámicos y Electrofisiológicos.

Endoscopias

Diagnósticas y Terapéuticas: Colonoscopia, Ecoendoscopia, Gastroscofia y Broncoscofia.

Medicina Nuclear

Isótopos Radioactivos y Gammagrafía. Detección del ganglio centinela en diagnóstico y tratamiento de patología oncológica.

Neurofisiología clínica

Electroencefalografía, Electromiografía y potenciales evocados. El Estudio Polisomnográfico únicamente quedará cubierto para el estudio del síndrome de apnea obstructiva del sueño, en casos de insomnio crónico y en alteraciones de la conducta durante el sueño.

Radiología convencional

Radiología Simple, Radiología Especial No Intervencionista, Resonancia Magnética Nuclear (RMN), Tomografía Axial Computarizada (TAC/Escáner), Densitometría Ósea, Ecografía.

Queda excluida de la cobertura la utilización del TAC de cuerpo entero, excepto en los chequeos cubiertos con el complemento EXECUTIVE de contratación opcional.

**Radiología
intervencionista
visceral y vascular**

Pruebas con finalidad diagnóstica o como parte de tratamientos específicos (Embolización, radioembolización, Quimioterapia intraarterial).

Screening

Mediante cribado combinado y cribado genético en el embarazo de riesgo.

Tomografía por Emisión de Positrones (PET)

Sola o en combinación con la tomografía Computarizada (PET-TC): Con cápsula o virtual.

Art. 4.2

Otras Garantías Adicionales al Seguro de Asistencia Sanitaria

Garantías incluidas en la póliza:

A. Seguro de Asistencia en Viaje

Este seguro de asistencia en viaje se garantiza a los ASEGURADOS a través de un convenio con Europ Assistance y tiene por objeto prestar asistencia urgente con motivo de desplazamientos temporales, tanto en la geografía nacional como en el resto del mundo.

ACUNSA no asume importe alguno relacionado con esta cobertura ni se hace responsable de las acciones u omisiones que se dieran al prestarse los servicios garantizados por Europ Assistance.

Los términos y condiciones de esta garantía se adjuntan a estas Condiciones Generales como ANEXO.

Los servicios garantizados deben ser, en todos los casos, comunicados y solicitados

directamente a Europ Assistance, siempre de forma previa y según lo previsto en el ANEXO. **Los servicios no solicitados de este modo, o no organizados de acuerdo con lo establecido por Europ Assistance, no darán lugar al posterior reembolso de su coste. En caso de fuerza mayor que impida realizar el aviso, éste deberá efectuarse inmediatamente que cese la causa que lo impida.**

ACUNSA se reserva el derecho de modificar o cancelar en cualquier momento todas o algunas de las prestaciones incluidas en la cobertura, o incluso el proveedor del mismo, debiendo mediar en este caso notificación al TOMADOR de la póliza.

B. Cobertura Dental

Modalidad 1

Prestación de Cobertura Dental mediante Medios propios

Cuadro Médico Dental Verisalud

Esta cobertura dental se proporciona a los ASEGURADOS en la **modalidad EXCELLENT** a través de un Cuadro Médico Dental Concertado que ACUNSA tiene concertado con **VERISALUD**.

Esta garantía dental tiene por objeto la cobertura de aquellos tratamientos propios de la odontología y de la especialidad estomatológica, algunos de forma gratuita y otros mediante baremos de precios máximos, y siempre que puedan ser prestados por los dentistas que figuran en el Cuadro Médico Dental.

Esta cobertura dental se prestará mediante:

- **Actos gratuitos:** el ASEGURADO podrá acceder a determinados actos médicos dentales de forma gratuita y vendrán expresamente detallados como actos gratuitos.

- **Baremos de precios máximos:** la utilización de estos servicios irá a cargo del ASEGURADO, a los cuales podrá acceder mediante estos precios especiales. Puede consultar los precios de estos servicios antes de la consulta o solicitando presupuesto a los centros dentales concertados por nuestro Cuadro Médico Dental.

Debido a la continua actualización de especialistas y clínicas, así como de los actos gratuitos y baremos de precios máximos para cada acto médico, el Cuadro Médico Dental debe consultarse en la página web de ACUNSA (www.acunsa.es) o llamando al teléfono de atención 24 horas que figura en la tarjeta sanitaria.

El ASEGURADO deberá acreditarse en el centro dental presentando su tarjeta sanitaria junto con su documento nacional de identidad (DNI) o documento similar que permita su identificación.

Dentro de la modalidad **EXCELLENT** se ofrecen los siguientes servicios odontológicos gratuitos:

Consulta

- Consulta profesional
 - Examen de urgencia
 - Examen inicial oral y diagnóstico
 - Presupuesto
-

Odontología preventiva

- Aplicación tópica de flúor (máximo 2 al año)
 - Educación de higiene oral
 - Enseñanza en técnicas de cepillado
 - Plan Dieta C (caries)
 - Sellado de puntos y fisuras
 - Tartrectomía (limpieza de boca anual)
 - Tinción e índice de placa
-

Radiografías

- Ortopantomografía
- Radiografía de A.T.M.

- Radiografía de aleta
- Radiografía lateral (Telerradiografía)
- Radiografía oclusal
- Radiografía periapical
- Serie radiográfica periodontal

Cirugía Oral

- Apertura y drenaje de abscesos
- Cirugía menor (tejidos blandos)
- Cirugía preprotésica
- Extracción complicada y/o sutura
- Extracción dental simple
- Extracción diente retenido en tejido óseo
- Extracción quirúrgica cordal semiincluido
- Frenectomía
- Quistectomía con o sin extracción dental

Todos los tratamientos y actuaciones cubiertos se realizarán exclusivamente de forma ambulatoria, quedando por ello excluida la hospitalización y la anestesia general.

No quedará cubierto ningún tratamiento o acto médico que no esté expresamente incluido en la cobertura de esta garantía.

ACUNSA no se hace responsable de las acciones u omisiones realizadas al prestarse los servicios objeto de esta cobertura, por lo que los profesionales actuarán bajo su única responsabilidad, en ejercicio de su autonomía e independencia.

ACUNSA se reserva el derecho de modificar o cancelar en cualquier momento todas o algunas de las prestaciones incluidas en el servicio, o incluso el proveedor del mismo, debiendo mediar en este caso notificación al TOMADOR de la póliza.

Modalidad 2

Prestación de Cobertura Dental mediante Medios ajenos

Reembolso de Gastos

Se cubren **únicamente mediante reembolso de gastos los siguientes actos médicos Odontoestomatológicos:**

- Consulta.
- Extracciones simples.
- Curas.
- Radiología Dental simple.
- Limpieza de boca anual (Tartrectomía).

Estos servicios se reembolsarán **según los porcentajes y límites establecidos en el Artículo 6.2 de estas Condiciones.**

Art. 4.3

Garantías Complementarias de Contratación Voluntaria

Los ASEGURADOS de ACUNSA podrán contratar, **de forma opcional y previo pago de la prima adicional correspondiente**, las siguientes garantías complementarias a la póliza Global:

A. Indemnización Económica por Día de Ingreso Hospitalario

ACUNSA garantiza el pago de la cantidad estipulada **por cada día de ingreso hospitalario, haciendo uso de la cobertura de la póliza, en cualquiera de las sedes de Clínica**

Universidad de Navarra. El ingreso en régimen de Hospital de Día para tratamiento de quimioterapia o radioterapia, tendrá la misma consideración que el ingreso pernoctando en la Clínica tanto a efectos de la indemnización diaria como del número máximo de días de cobertura anual.

Los ingresos en cualquier otro centro hospitalario distinto a la Clínica Universidad de Navarra, aún estando concertados en el cuadro médico de ACUNSA, no devengarán derecho a indemnización.

Los ingresos para estudio polisomnográfico no generarán derecho a indemnización económica por día de ingreso hospitalario.

La cuantía de la indemnización diaria podrá modificarse al vencimiento de la póliza, comunicándose previamente al TOMADOR del Seguro.

Los días máximos anuales a indemnizar serán de treinta días para la hospitalización médica, treinta días para la hospitalización quirúrgica, sesenta días para la hospitalización psiquiátrica, treinta días para los tratamientos en Hospital de Día de quimioterapia, y cuarenta y cinco días para los tratamientos en Hospital de Día de radioterapia.

El máximo anual indemnizable no será superior a sesenta días por ASEGURADO y año.

B. Gastos de Desplazamiento para Ingreso Hospitalario

ACUNSA reembolsará al ASEGURADO el importe correspondiente al coste del billete de traslado desde su domicilio o lugar del siniestro dentro del territorio español, hasta cualquiera de las sedes de la Clínica Universidad de Navarra, así como el coste del billete de regreso al domicilio del ASEGURADO. Esta cobertura incluye única y exclusivamente los viajes realizados dentro del territorio español (península, Islas Baleares, Islas Canarias, Ceuta y Melilla) y se abonará previa presentación del comprobante acreditativo del gasto. Podrá fijarse un límite máximo de gasto que, en su caso, se detallará en las Condiciones Particulares de la póliza.

Los gastos de desplazamiento se devengarán cuando el ASEGURADO sea ingresado en cualquiera de las sedes de la Clínica Universidad de Navarra, haciendo uso de la cobertura de su póliza.

El ingreso en régimen de Hospital de Día para tratamiento de quimioterapia o radioterapia, tendrá la misma consideración que el ingreso hospitalario.

Los ingresos para estudio polisomnográfico no generarán derecho al reembolso de los gastos de desplazamiento.

Cuando el ASEGURADO viaje acompañado de algún familiar ACUNSA abonará el 100% del coste del billete del ASEGURADO y el 50% del coste del billete del acompañante. En este caso el límite de cobertura, fijado en su caso, en las Condiciones Particulares, se incrementará en un 50%.

El ASEGURADO podrá utilizar el medio de transporte que considere más adecuado: avión de línea regular en clase turista, tren en primera clase o autobús. En el caso de que el desplazamiento se realice en coche se pagará el precio estipulado anualmente por kilómetro, desde la localidad de su domicilio en territorio español, o desde el lugar del siniestro en territorio español, hasta la Clínica Universidad de Navarra, así como su regreso al domicilio del ASEGURADO.

Cláusulas Comunes a las Garantías Complementarias de Indemnización Económica por Día de Ingreso y Gastos de Desplazamiento

Únicamente se devengará derecho a indemnización o reembolso de los gastos de viaje cuando el ASEGURADO sea ingresado por un periodo superior a 24 horas en Clínica Universidad de Navarra. El ingreso en régimen de Hospital de Día, para tratamiento de quimioterapia o radioterapia, tendrá la misma consideración que el ingreso hospitalario.

El TOMADOR o ASEGURADO solicitará a ACUNSA la indemnización o el reembolso de los gastos de viaje que le correspondieran en un plazo máximo de siete días desde el alta hospitalaria. Una vez recibida la documentación requerida y efectuadas las comprobaciones oportunas para establecer la existencia del siniestro, ACUNSA ingresará el importe correspondiente según lo previsto en los Artículos de este contrato en el plazo máximo de cuarenta días.

El ingreso se realizará en la cuenta bancaria ordenada por el ASEGURADO de la que debe ser titular, cotitular o beneficiario. En el caso de menores de edad, el ingreso se realizará en la cuenta bancaria de sus padres o tutores legales debidamente identificados.

Estas garantías complementarias de contratación opcional, indemnización económica por día de ingreso y gastos de desplazamiento, **tendrán el mismo periodo de carencia que los ingresos por los que se devengan.**

C. Complemento EXECUTIVE

Para los ASEGURADOS **que contraten este complemento**, ACUNSA cubre un **chequeo en Clínica Universidad de Navarra** según la definición y alcance recogidos en el presente Artículo.

El chequeo cubierto por la póliza es un examen individualizado del estado de salud general del ASEGURADO, útil para identificar enfermedades en sus fases iniciales, cuando su tratamiento es más sencillo, o factores de riesgo que pudieran, en un futuro, contribuir al desarrollo de una enfermedad.

Se adapta a la situación individual de cada ASEGURADO: edad, sexo, hábitos de vida, síntomas, y cualquier otra circunstancia que pueda influir en la valoración de su estado de salud. El médico especialista de la Unidad de Chequeos de la Clínica Universidad de Navarra será el responsable del estudio y, solo bajo su criterio y supervisión, se solicitarán las pruebas diagnósticas que se consideren más adecuadas para realizar una correcta valoración del estado de salud del ASEGURADO, así como requerir informes a otros departamentos médicos de la Clínica Universidad de Navarra.

Finalizado el estudio, el médico especialista de la Unidad de Chequeos será igualmente el encargado de informar, tanto verbalmente como por escrito, del resultado de todas las pruebas realizadas y de establecer las pautas necesarias para prevenir la aparición y desarrollo de enfermedades.

El chequeo tiene un alcance exclusivamente preventivo, por lo que no incluye estudios complementarios orientados a establecer el alcance exacto de una enfermedad y su tratamiento.

El chequeo tampoco cubre tratamientos médicos y/o quirúrgicos, la revisión de enfermedades oncológicas y neurológicas diagnosticadas con anterioridad a la realización del mismo, estén o no en tratamiento, y los siguientes estudios complementarios: polisomnográfico, vértigo, sobrepeso y obesidad, los realizados en la Unidad de Memoria, cateterismo y PET en cualquiera de sus modalidades.

Estos estudios y tratamientos, que no forman parte del chequeo, quedarán cubiertos por la póliza cuando se hallen recogidos en el Artículo 4 "Descripción de la Cobertura de Asistencia Sanitaria", y no estén en relación con alguno de los riesgos excluidos en estas Condiciones Generales o no se encuentren recogidas en las Condiciones Particulares como exclusiones.

El chequeo es una cobertura más del seguro que debe ser disfrutado durante el periodo de vigencia de la póliza perdiendo, en caso contrario, cualquier derecho sobre su utilización.

Artículo 5

Riesgos Excluidos

Quedan excluidos de la cobertura de este Seguro:

1. La asistencia sanitaria prestada en centros de la Seguridad Social o centros integrados en el Sistema Nacional de Salud.
2. Las enfermedades, patologías, lesiones o defectos físicos ya existentes en el momento de asegurarse, conocidos por el ASEGURADO o que ya presenten algún tipo de síntoma. No quedarán excluidas si han sido declaradas por parte del ASEGURADO en el cuestionario de salud y, evaluadas por ACUNSA, no han sido recogidas expresamente como EXCLUSIÓN en las Condiciones Particulares de la póliza. Queda excluida cualquier asistencia relacionada con el seguimiento del embarazo y los partos cuando el embarazo sea anterior a la fecha de alta de la madre en la póliza.
3. Las enfermedades y malformaciones congénitas. Como excepción, se cubren en los hijos recién nacidos de ASEGURADOS de ACUNSA, cuando no sean conocidas en el momento de asegurarse y siempre que el recién nacido se haya dado de alta en la póliza de acuerdo con lo previsto en el Artículo 11 punto d. de estas Condiciones Generales.
4. El tratamiento de diálisis y hemodiálisis en pacientes crónicos. En todo caso se cubrirán para ASEGURADOS no incluidos en programa regular de hemodiálisis con un máximo de 30 sesiones por ASEGURADO y año.
5. Las asistencias a consecuencia de la práctica profesional de cualquier deporte, o de aquellos que sin ser profesionales, sean considerados de riesgo como pueden ser: actividades aéreas, con vehículos a motor, submarinismo, escalada, artes marciales, torero o actividades de riesgo asimilable.

6. Los hechos de guerra, terrorismo, terremotos o cualquier otro fenómeno meteorológico similar de carácter catastrófico o extraordinario, así como las epidemias declaradas oficialmente.
7. Los daños producidos por explosiones nucleares o radiactivas, que se hallen cubiertos por los seguros de responsabilidad civil por daños nucleares.
8. La asistencia sanitaria relacionada con el alcoholismo o la drogadicción, las intoxicaciones debidas al abuso de alcohol, fármacos, alucinógenos o estupefacientes. Los intentos de suicidio o las autolesiones, así como cualquier asistencia causada por dolo del ASEGURADO. Quedan excluidos igualmente programas de deshabitación de cualquier tipo de adicción.
9. Cualquier asistencia relacionada con terapias educativas, como educación del lenguaje en procesos sin patología orgánica o la educación especial para enfermos con afección psíquica.
10. Cualquier asistencia relacionada con el estudio y/o tratamiento del sobrepeso y la obesidad. Como excepción, se cubre la cirugía bariátrica en caso de obesidad mórbida (>40,00 IMC), así como los análisis y pruebas preoperatorias y la primera revisión postquirúrgica.
11. La asistencia y tratamiento hospitalario por razones de carácter social o familiar, o cuando el estado de salud del ASEGURADO permita su alta hospitalaria por no estar recibiendo un tratamiento orientado a la curación de una patología o enfermedad.
12. Las consultas, intervenciones, infiltraciones y cualquier tipo de tratamiento que tenga un componente fundamentalmente estético o cosmético, así como cualquier complicación derivada de las mismas. De la misma forma quedan excluidos los actos médicos y complicaciones derivadas de cualquier protocolo con condiciones especiales a los que se hace referencia en el Artículo 4.1 apartado A.11 de estas Condiciones Generales.

13. Todos los servicios odontológicos y la Cirugía Maxilofacial relacionada directa o indirectamente con la implantología, excepto lo previsto en el Artículo 4.2 punto B. de estas Condiciones Generales, referente a la Cobertura Dental.
14. Los reconocimientos médicos generales de carácter preventivo, excepto las revisiones preventivas ginecológicas, urológicas y pediátricas, y el complemento opcional EXECUTIVE. Quedan igualmente excluidos todo tipo de servicios relacionados con actividades de ocio, descanso o deporte, los balnearios o curas de reposo, y todo tipo de medicinas alternativas como: naturopatía, homeopatía, acupuntura, mesoterapia, hidroterapia, ozonoterapia, etcétera.
15. Los fármacos, medicamentos de cualquier clase y productos de parafarmacia que, aún siendo facilitados en la Clínica Universidad de Navarra o en cualquier otro hospital, se administren o consuman fuera del régimen de hospitalización. Se excluye igualmente cualquier medicamento no comercializado en España.
16. La medicina regenerativa, la inmunoterapia y la terapia génica en cualquiera de sus modalidades. Se cubrirán tratamientos de inmunoterapia exclusivamente en las enfermedades oncológicas y en trasplantes de médula ósea. No obstante, queda expresamente excluido el tratamiento de inmunoterapia mediante células CAR-T.
17. Las pruebas y análisis genéticos que tienen como finalidad determinar la predisposición del ASEGURADO o de su descendencia a padecer enfermedades relacionadas con alteraciones genéticas.
18. Cualquier tipo de servicio relacionado con patologías o tratamientos no cubiertos por la póliza y las complicaciones que se derivaran de los mismos.
19. Cualquier tipo de asistencia relacionada con la esterilización o la interrupción voluntaria del embarazo. Se excluyen igualmente los tratamientos de infertilidad en cualquier centro médico que no sea Clínica Universidad de Navarra. No quedarán cubiertos tratamientos de infertilidad si la esterilidad se ha producido voluntariamente.

20. Las Prótesis y Material Implantable no recogidas expresamente en el Artículo 4.1 apartado A.8 de estas Condiciones Generales.
21. Cualquier tipo de tratamiento de corrección refractiva (miopía, astigmatismo, hipermetropía, presbicia o cualquier otra patología refractiva ocular). Salvo lo previsto en el Artículo 4.1, apartado A.11 de este condicionado sobre condiciones especiales para determinados servicios.
22. Los medios de diagnóstico, fármacos de cualquier clase y técnicas que no consten para la patología concreta que se está tratando en el catálogo de prestaciones del Ministerio de Sanidad. Tampoco quedarán cubiertos aquellos cuya eficacia no esté suficientemente contrastada o mejore los resultados de otras técnicas.
23. En Psiquiatría y Neuropsiquiatría quedan excluidos el psicoanálisis, la hipnosis, la sofrología y la narcolepsia ambulatoria. Se excluyen además la psicoterapia de grupo o pareja, los test psicológicos y psicométricos y la rehabilitación psicosocial o neuropsiquiatría.
24. En rehabilitación y recuperación funcional, en cualquier especialidad, se excluyen las terapias de mantenimiento y ocupacionales, así como la rehabilitación de enfermedades crónicas cuando se hayan estabilizado las lesiones.
25. Esta Póliza garantiza la tecnología y metodología médica utilizada en el momento de toma de efecto de la Póliza. La incorporación de nuevas tecnologías para procedimientos médicos, quirúrgicos o diagnósticos, no se incluirán en la cobertura del Seguro hasta que expresamente ACUNSA lo indique en las Condiciones Generales y haga las adaptaciones necesarias en la prima.

Artículo 6

Forma de Prestar los Servicios

Art. 6.1

Modalidad 1

Asistencia Sanitaria a través de Medios propios

Clínica Universidad de Navarra y Cuadro Médico Concertado Nacional

Consultas Médicas

Con carácter general serán de libre acceso y no requerirán por tanto autorización previa por parte de ACUNSA las consultas médicas, tanto de medicina de familia como de especialistas o de urgencias, así como las pruebas de diagnóstico básicas que se realicen durante la consulta.

Para concertar la consulta, el ASEGURADO podrá dirigirse directamente a la Clínica Universidad de Navarra o a cualquier otro especialista del Cuadro Médico Concertado **identificándose como ASEGURADO de ACUNSA. Es requisito indispensable presentar la tarjeta de ASEGURADO junto con el documento de identidad o cualquier otro documento que lo identifique cuando acuda a la consulta.**

Con el objetivo de verificar que la consulta solicitada no está en relación con las cláusulas limitativas y los riesgos excluidos de la póliza, **ACUNSA podrá requerir autorización previa para determinadas consultas y pruebas diagnósticas de alta tecnología.** Requerirán, por ejemplo, autorización previa las sesiones de quiropodia, psicoterapia, rehabilitación y fisioterapia en las que existe un límite de sesiones anuales.

También **requerirán autorización previa** las revisiones preventivas anuales previstas en el Artículo 4.1 apartado A.2, consultas de cirugía plástica y los chequeos cubiertos por el Complemento EXECUTIVE de contratación opcional.

Si al solicitar la asistencia no se identifica como ASEGURADO de ACUNSA, la asistencia y todas las pruebas realizadas serán a cargo del ASEGURADO.

Tratamientos Médicos o Quirúrgicos

Requerirán autorización previa todos los tratamientos médicos o quirúrgicos, tanto los realizados en régimen de ingreso hospitalario como en Hospital de Día (estancia inferior a 24 horas).

En estos casos el tratamiento será indicado por escrito por un facultativo del Cuadro Médico y el ASEGURADO deberá obtener su confirmación mediante los medios de comunicación previstos, ya sea, correo electrónico, correo postal, fax, llamada telefónica, o presentándose en las oficinas de ACUNSA. Solamente una vez otorgada ésta, vinculará económicamente a la ASEGURADORA.

En caso de acudir a Urgencias, ya sea en la Clínica Universidad de Navarra o en los centros médicos concertados, y se prescriba una hospitalización de urgencia según indicación del médico encargado de la asistencia, el ASEGURADO **deberá obtener la conformidad de ACUNSA dentro de las 72 horas siguientes al ingreso. ACUNSA quedará vinculada económicamente hasta el momento en que manifieste por escrito sus reparos a la indicación del ingreso, en caso de entender que la Póliza no cubre la hospitalización.**

Art. 6.2

Modalidad 2

Prestación de Asistencia Sanitaria por Medios ajenos

Reembolso de Gastos

Cuando el ASEGURADO requiera asistencia sanitaria para cualquiera de las coberturas relacionadas en el Artículo 4, "Descripción de la Cobertura de Asistencia Sanitaria", de estas Condiciones Generales y decida recibirla en clínicas, hospitales o por medio de facultativos ajenos al cuadro médico concertado, ACUNSA reembolsará al ASEGURADO los gastos que el tratamiento conlleve, de acuerdo con los límites y porcentajes establecidos en este mismo Artículo.

Sólo será posible la utilización combinada de medios propios y ajenos si el médico responsable del cuadro médico lo permite.

Comunicación de los siniestros

El ASEGURADO o cualquier persona en su nombre, deberán comunicar a ACUNSA el siniestro tan pronto como tenga conocimiento del mismo, por lo tanto, si la asistencia ha sido programada con antelación, deberá comunicarse a ACUNSA de forma previa, remitiendo las prescripciones médicas originales que justifiquen la necesidad de la asistencia.

En caso de que el ASEGURADO comunique el siniestro con posterioridad a haber recibido la asistencia, y si la misma está en relación con cualquiera de las cláusulas limitativas y riesgos excluidos de la póliza, ACUNSA no reembolsará cantidad alguna al ASEGURADO.

En los casos de asistencias de urgencia, el ASEGURADO o persona que actué en su representación, deberá comunicar el siniestro dentro del plazo de los siete días posteriores a la asistencia o al ingreso en el centro hospitalario.

Tramitación del Reembolso

Con el fin de obtener el reembolso de los gastos médicos garantizados por la póliza, el ASEGURADO deberá presentar a ACUNSA la siguiente documentación:

- a. Impreso de Solicitud de Reembolso de gastos médicos debidamente cumplimentado y firmado por el ASEGURADO o su representante legal.
- b. Facturas originales que incluyan los datos del emisor (nombre y apellidos o denominación social, NIF o CIF, domicilio, teléfono, especialidad y número de colegiado en su caso) y el desglose de los distintos actos médicos realizados.
- c. Justificantes originales del pago de las facturas.

- d. Informe médico, en caso de hospitalización de cualquier tipo en que se haga constar: antecedentes, fecha de inicio, causa, origen y evolución de la enfermedad o lesión y descripción de la asistencia prestada.

Estos documentos deberán ir identificados con el nombre y apellidos del ASEGURADO como paciente que recibe la asistencia, y se deberán presentar por correo postal, electrónico, fax o directamente en nuestras oficinas, **en el plazo máximo de siete días laborables una vez finalizada la asistencia.**

El ASEGURADO se compromete a colaborar con ACUNSA, aportando cualquier otro tipo de información que se le requiera e incluso, si se considera necesario, permitiendo la visita por parte de médicos designados por la ASEGURADORA que puedan verificar la cobertura de los gastos reclamados. Igualmente se obliga a proporcionar a ACUNSA una traducción oficial de los documentos redactados en idiomas distintos a los oficiales en el Estado español.

Liquidación y Pago

ACUNSA reembolsará el importe que corresponda en un plazo máximo de 15 días desde que se haya recibido los documentos solicitados para la tramitación del reembolso.

El reembolso se efectuará en el número de cuenta bancaria dispuesto por el ASEGURADO en el impreso de Solicitud de Reembolso. En caso de que no se proporcione un número de cuenta para el reembolso, se efectuará en el indicado para el pago de la póliza.

El pago se realizará siempre en moneda española, aunque las facturas se hayan extendido en moneda diferente. En este caso se aplicará el cambio oficial comprador del mercado de divisas en el momento de recepción de las facturas.

Límites cuantitativos

Aplicables únicamente a la **Modalidad 2.**

- d. **Porcentaje general de reembolso de gastos:** Es el porcentaje que se aplica con carácter general en función del tipo de asistencia, con o sin ingreso en

centro hospitalario, y del lugar geográfico en que se realice, en España o en el extranjero.

Para establecer el importe final a reembolsar se tiene en cuenta además, el importe anual máximo garantizado y los límites parciales de reembolso.

Los porcentajes generales de Reembolso son:

90% Asistencia hospitalaria en España
(ingreso superior a 24 horas)

80% Asistencia ambulatoria en España
(tratamientos sin ingreso hospitalario)

80% Asistencia en el Extranjero
(hospitalaria y ambulatoria)

b. Importe anual máximo garantizado: Se tendrá en cuenta la totalidad de las cantidades reembolsadas por gastos sanitarios producidos durante el periodo de vigencia de la póliza.

Previamente aplicado el porcentaje general de reembolso de gastos que corresponda en función del tipo de asistencia, se establece un **límite máximo a reembolsar de 300.000 euros por ASEGURADO y año.**

El importe anual máximo garantizado podrá modificarse al vencimiento de la póliza, con comunicación previa al TOMADOR.

Una vez alcanzado el límite máximo garantizado, ACUNSA no reembolsará cantidad alguna hasta una nueva renovación anual de la póliza.

A efectos de imputar cada gasto al periodo anual de vigencia de la póliza correspondiente, se considerará la fecha de la asistencia, y en caso de ingreso hospitalario la fecha de ingreso.

c. Límites parciales: Son las cantidades máximas que se establecen para los distintos tipos de actos médicos.

Los límites parciales se podrán modificar al vencimiento de la póliza, con comunicación previa al TOMADOR.

Previamente aplicado el porcentaje general de reembolso de gastos que corresponda, se establecen límites parciales de reembolso para determinados tipos de acto médico según el siguiente detalle:

Consultas

Medicina General y Pediatría:

Reembolso de los honorarios médicos y de enfermería con un **límite de 70 euros por consulta.**

Odontología:

Reembolso de los honorarios médicos para consultas, curas, extracciones simples y limpieza de boca anual, **con un límite de 70 euros por acto médico. Se limita el reembolso a una limpieza de boca (Tartrectomía) por ASEGURADO y año.**

Resto de Especialidades:

Reembolso de los honorarios médicos y de enfermería con un **límite de 150 euros por consulta.**

ATS y Podología:

Reembolso de los honorarios con un límite de **30 euros por asistencia.**

Medios de diagnóstico y analíticas:

Límite de 3.000 euros anuales por ASEGURADO.

Estancia hospitalaria

Hospitalización en UVI o UCI:

Límite de 400 euros por día.

Hospitalización en otro tipo de habitación:

Límite de 250 euros por día.

Incluye el uso de la habitación por parte del ASEGURADO y su manutención, cama para un acompañante (en los casos en que la situación del

ASEGURADO lo permita y el centro hospitalario disponga de este servicio) y honorarios médicos (visita diaria) y de enfermería. No se considerarán en este límite los gastos de quirófano, honorarios de intervención quirúrgica, pruebas diagnósticas y analíticas ni medicación, en que se aplicará el **límite anual máximo de 300.000 euros**.

Parto

Límite de 4.000 euros por parto, tanto para parto simple como en caso de parto múltiple o cesárea. Incluyendo todos los conceptos del ingreso: estancia, honorarios médicos del especialista y personal sanitario, pruebas y medios de diagnóstico indicados por el facultativo médico que tengan por objeto el diagnóstico o seguimiento del parto.

Enfermedades congénitas del recién nacido

Cubre el reembolso de los gastos de asistencia hospitalaria y ambulatoria durante el primer año de vida del ASEGURADO de las enfermedades congénitas de recién nacidos, siempre que hayan sido incluidos en la póliza de acuerdo a lo establecido en el Artículo 11 letra d. de estas Condiciones Generales.

El importe máximo de reembolso en caso de enfermedad congénita será de **10.000 euros por ASEGURADO**.

Servicio de ambulancia

Cubre el traslado en ambulancia a un Centro no concertado por ACUNSA según lo establecido en el Artículo 4.1 apartado A.9 de estas Condiciones Generales de la póliza **con un límite anual de 1.000 euros por ASEGURADO**.

Las garantías complementarias al seguro de asistencia sanitaria se registrarán según lo establecido en el Artículo 4.3 de estas Condiciones Generales.

Artículo 7

Periodos de Carencia

6 meses

Se establece un periodo de carencia de **SEIS MESES** desde la fecha de alta del ASEGURADO para:

- Ingresos hospitalarios (médicos, quirúrgicos o psiquiátricos), que no tengan otro periodo previsto en este mismo Artículo.
- Todo tipo de Prótesis y Material Implantable.
- Medios de diagnóstico de alta tecnología e intervencionistas (incluso en consulta). A estos efectos se considerarán medios de alta tecnología: **las Pruebas Genéticas, Medicina Nuclear, Hemodinámica y Radiología Intervencionista, Estudio Polisomnográfico, Resonancia Magnética Nuclear (RMN), Tomografía Axial Computarizada (TAC), Tomografía por emisión de positrones (PET) y Endoscopias.**
- Tratamientos (médicos o quirúrgicos) sin ingreso hospitalario que no tengan otro periodo previsto en este mismo Artículo.
- Consultas y tratamientos psicológicos o psiquiátricos.
- Revisiones preventivas anuales previstas en el Artículo 4.1 apartado A.2.

8 meses

El periodo de carencia para los partos y cualquier tipo de asistencia relacionada con el seguimiento del embarazo es de **OCHO MESES** desde la fecha de alta de la madre. No se aplicará periodo de carencia a los partos distócicos y partos prematuros de embarazos posteriores a asegurarse.

12 meses

Los trasplantes inter vivos y de médula ósea tienen un periodo de carencia de **DOCE MESES**.

24 meses

Las técnicas para el tratamiento de la infertilidad, cubiertas únicamente en la Clínica Universidad de Navarra, tendrán una carencia de **VEINTICUATRO MESES**.

Sin Carencia

Los ingresos hospitalarios urgentes en los que existe un riesgo vital para la salud del ASEGURADO **no tendrán carencia**.

Queda eliminado el periodo de carencia en caso de accidentes sufridos por el ASEGURADO, siempre que dicho accidente esté debidamente acreditado.

Artículo 8

Bases, Pérdida de Derechos, Rescisión e Indisputabilidad del Contrato

Las declaraciones efectuadas en la solicitud de seguro y en el cuestionario de salud constituyen la base para la delimitación del riesgo y para la aceptación del presente contrato y forman parte integrante del mismo.

El ASEGURADO pierde el derecho a la prestación garantizada por las causas previstas en la Ley y, en todo caso:

- a. Si el siniestro cuya cobertura se garantiza sobreviene antes de que se haya pagado la prima, salvo pacto en contrario.
- b. Cuando el siniestro haya sido causado por mala fe del ASEGURADO o TOMADOR.
- c. En caso de reserva o inexactitud al cumplimentar el cuestionario de salud. En este caso, ACUNSA podrá rescindir el contrato, quedando las primas satisfechas a su favor, salvo que hubiese mediado dolo o culpa grave por parte del ASEGURADOR.

La póliza será indisputable transcurrido un año desde la entrada en vigor del contrato, salvo que el TOMADOR del seguro haya actuado con dolo.

Artículo 9

Formalización del Contrato y duración del Seguro

El contrato se ha confeccionado de acuerdo a las declaraciones efectuadas por el TOMADOR del seguro y los ASEGURADOS, en base a las cuales ACUNSA ha aceptado el riesgo y determinado la prima.

La póliza, y sus posteriores modificaciones si las hubiera, **no tendrán efecto mientras no se haya firmado el contrato y se haya abonado el primer recibo de prima.**

Si el contenido de la póliza difiere de la solicitud del seguro, el TOMADOR podrá reclamar a ACUNSA en el plazo de un mes que subsane la divergencia existente. Pasado este periodo se dará por válido lo dispuesto en la póliza.

El seguro se estipula para el periodo de tiempo previsto en las Condiciones Particulares y a su vencimiento se prorrogará tácitamente por periodos anuales. No obstante, cualquiera de las partes podrá oponerse a la prórroga mediante notificación escrita a la otra, efectuada con antelación no inferior a dos meses antes del vencimiento de la póliza, en el caso de ACUNSA y de un mes en el caso del TOMADOR.

No obstante, lo anterior, ACUNSA no se opondrá a la prórroga de Contratos de Seguros que tengan ASEGURADOS en tratamiento de enfermedades graves, cuyo primer diagnóstico se haya producido durante el periodo de alta de la póliza.

Del mismo modo, se compromete a no oponerse a la prórroga de ASEGURADOS mayores de 65 años, cuando su permanencia acreditada en la entidad, sin impagos, alcance una antigüedad continuada de 5 o más años.

Los compromisos anteriores no serán de aplicación o quedarán sin efecto, en caso que el TOMADOR o los ASEGURADOS incumplan sus obligaciones contractuales o existiera mala fe contractual como puede ser, a modo de ejemplo, si hubiese existido reserva o inexactitud a la hora de declarar su estado de salud de forma previa a la contratación.

La renuncia por parte de ACUNSA a su derecho a oponerse a la continuidad de la póliza requiere de forma inexcusable que el TOMADOR acepte la prima y la participación en el coste de los servicios que le correspondan y sus correspondientes actualizaciones según lo previsto en estas Condiciones Generales, así como a que no existan impagos en los mismos.

Artículo 10

Pago de Primas

El TOMADOR del Seguro está obligado por Ley al pago de la prima, el cual se realizará mediante domiciliación bancaria salvo que en las Condiciones Particulares se acuerde otra cosa.

Si se pacta la domiciliación bancaria de los recibos de la prima el TOMADOR del Seguro detallará en la solicitud de la póliza la entidad financiera en la que ACUNSA deberá cargar los recibos de prima.

Los recibos de primas deberán hacerse efectivos por el TOMADOR del Seguro en los correspondientes vencimientos por anualidades completas anticipadas, pero podrá convenirse su pago fraccionado haciéndolo constar en las Condiciones Particulares de la Póliza o sus anexos. **El fraccionamiento del pago no libera al TOMADOR de la obligación de abonar la totalidad de la prima anual.**

El importe correspondiente a la garantía de contratación opcional Complemento EXECUTIVE se pagará siempre por anticipado y en su totalidad, independientemente de si se ha optado o no por el pago fraccionado para la prima del seguro.

La primera prima será exigible una vez firmado el contrato. Si no hubiera sido pagado por culpa del TOMADOR del Seguro, ACUNSA tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago en vía ejecutiva con base en la Póliza. Si no hubiera sido pagada antes de que se produzca el siniestro el ASEGURADOR quedará liberado de su obligación salvo pacto en contrario.

En caso de falta de pago de la segunda y sucesivas primas la cobertura de ACUNSA queda suspendida un mes después del día del vencimiento del recibo y si ACUNSA no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes a dicho vencimiento, se entenderá que el contrato queda extinguido. Si el contrato no hubiera sido resuelto o extinguido conforme a las condiciones anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las 24 horas del día en que el TOMADOR del Seguro pague la prima.

En cualquier caso, cuando el contrato esté en suspenso, ACUNSA, sólo podrá exigir el pago de la prima del periodo en curso.

ACUNSA no se hará cargo de la cobertura de acto médico alguno que se preste una vez que la póliza haya sido dada de baja, o sus coberturas suspendidas, ya sea por comunicación expresa del TOMADOR o por impago de la primera prima o sucesivas, incluso en el caso de que dicho nuevo acto médico pueda tener relación con algún acto médico cubierto durante la vigencia de la póliza.

La ASEGURADORA solo quedará obligada por los recibos librados por la Dirección o por su representante legalmente autorizado.

Artículo 11

Otras facultades, obligaciones y deberes del Tomador o del Asegurado

El Tomador del Seguro, y en su caso, el ASEGURADO tienen las siguientes obligaciones:

- a. **Declarar a ACUNSA, de acuerdo con el Cuestionario de Salud que éste le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo**, quedando exonerado de tal deber si ACUNSA no le somete a cuestionario o cuando, aún sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él.

- b. **Comunicar a ACUNSA, durante el curso del contrato y tan pronto como le sea posible**, todas aquellas circunstancias anteriores y desconocidas a la fecha de contratación que, de acuerdo con el Cuestionario de Salud presentado por ACUNSA antes de la perfección del contrato, agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por ACUNSA en el momento de la perfección del contrato, no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas. En estos casos ACUNSA podrá modificar o rescindir el contrato.

- c. **Comunicar a ACUNSA, tan pronto como le sea posible, el cambio de domicilio**. Si el cambio supone una agravación del riesgo, será de aplicación lo previsto en

el punto b anterior. Si por el contrario supone una disminución del riesgo, será de aplicación lo dispuesto en la legislación vigente, reduciéndose el importe de la prima en la proporción correspondiente a partir del vencimiento de la póliza.

d. **Comunicar a ACUNSA, tan pronto como le sea posible, las altas y bajas de ASEGURADOS que se produzcan durante la vigencia del presente contrato.** Las altas tomarán efecto una vez revisadas y aceptadas por ACUNSA y las bajas el día del vencimiento anual de la póliza quedando adaptada la prima a la nueva situación.

Los hijos recién nacidos del ASEGURADO podrán ser incorporados en la Póliza, previa solicitud por parte del TOMADOR, con todos sus derechos y obligaciones, no aplicándose periodo de carencia superior al que en el momento del nacimiento faltase por consumir a los padres. El TOMADOR deberá notificar a ACUNSA los datos del recién nacido **dentro de los quince días siguientes al nacimiento**. En caso de utilizar la Modalidad de Reembolso de Gastos y si la asistencia es consecuencia de enfermedades de carácter congénito, **el reembolso se otorgará únicamente durante el primer año de vida del recién nacido** y con el límite máximo económico establecido en el Artículo 6.2 de estas condiciones. Sobrepasado el periodo de 15 días previsto se deberán realizar los mismos trámites para nuevas altas, no conservando los derechos adquiridos por los padres.

e. **Comunicar a ACUNSA el siniestro siempre previamente a la asistencia médica,** aportando la documentación requerida en el presente condicionado. **En caso de incumplimiento de esta obligación, ACUNSA podrá rechazar la cobertura del siniestro,** salvo en los casos de ingresos por urgencia médica en los que se estará a lo previsto en el apartado correspondiente.

f. **Aminorar las consecuencias del siniestro, empleando los medios a su alcance para el pronto restablecimiento.** El incumplimiento de este deber, o la maniobra intencionada de perjudicar o engañar a ACUNSA, liberarán a ésta de toda la prestación derivada del siniestro.

g. **ACUNSA puede subrogarse los derechos relativos a los gastos de asistencia sanitaria** cuando se produzcan como consecuencia de lesiones cubiertas por cualquier otro seguro y en concreto, las asistencias causadas por accidentes laborales, las enfermedades profesionales y las amparadas por el seguro obli-

gatorio de vehículos a motor. ACUNSA, si hubiese cubierto la asistencia podrá ejercitar las acciones que procedan para recuperar el coste que tales asistencias le hubieran supuesto. **El ASEGURADO, o en su caso el TOMADOR, queda obligado a facilitar a ACUNSA los datos y la colaboración necesaria para ello.**

El TOMADOR del Seguro podrá reclamar a ACUNSA, en el plazo de un mes desde la entrega de la Póliza, que se subsanen las divergencias existentes entre ésta y la proposición del seguro, o de los artículos acordados.

El ASEGURADO y/o TOMADOR renuncia a emprender acciones legales frente a ACUNSA por mala praxis médica u hospitalaria, obligándose en todo caso a plantear acciones exclusivamente contra los profesionales o centros intervinientes directamente en la prestación y sus respectivas ASEGURADORAS de responsabilidad civil.

Artículo 12

Otras obligaciones de ACUNSA

ACUNSA deberá entregar al TOMADOR del Seguro los documentos acreditativos de la Póliza, que constará de las Condiciones Generales y las Condiciones Particulares. Igualmente entregará a cada ASEGURADO una tarjeta que le identifique como ASEGURADO de ACUNSA para la utilización de los servicios garantizados por la póliza.

ACUNSA pondrá a disposición de sus ASEGURADOS en su página web la siguiente información:

- Condiciones Generales actualizadas de la póliza.
- Cuadro Médico Nacional Concertado actualizado.
- Acceso al Cuadro Médico Dental de VERISALUD.
- Impreso de Solicitud de Reembolso de gastos médicos.

Artículo 13

Actualización anual de las Condiciones Económicas de la Póliza

ACUNSA actualizará anualmente el importe de la prima. Estas actualizaciones incorporarán los ajustes necesarios para garantizar que las tarifas de prima sean suficientes y se basarán en la edad de los asegurados, en el incremento de los costes de los medicamentos y servicios sanitarios, en el incremento de la incidencia de las enfermedades y patologías cubiertas por el seguro, en la incorporación de nuevas tecnologías y en otros hechos de características similares. Además de lo anterior, ACUNSA podrá calcular la prima de la póliza en función de otros factores de riesgo como puede ser la zona geográfica.

Artículo 14

Tratamiento de Datos de Carácter Personal

Asistencia Clínica Universitaria de Navarra S.A. de Seguros y Reaseguros (ACUNSA) con domicilio social en Avenida Pío XII, 57 (31008) Pamplona, es el responsable del tratamiento de sus datos personales y le informa que estos datos serán tratados de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente de protección de datos personales, el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (LOPD-GDD).

ACUNSA recoge y utiliza la información personal (del TOMADOR, del ASEGURADO o del BENEFICIARIO) que se le proporcione y cualquier otro dato personal derivado de la relación jurídica que el mismo regula, incluidos los datos de salud, con los siguientes fines y bajo su expreso consentimiento, y amparada también la legitimación de su tratamiento en la ejecución del contrato y el cumplimiento de obligaciones legales,

según lo establecido en la normativa vigente de Protección de Datos de Carácter Personal:

- Formalizar, desarrollar y ejecutar la actividad ASEGURADORA y/o cumplimiento del contrato así como de las obligaciones legales. (Consentimiento obligatorio, necesario para la finalidad contractual)
- Valoración y delimitación del riesgo, presupuesto, solicitud, contrato del seguro, cobro de la prima, pago de las prestaciones, evaluación médica o tramitación de reembolsos. (Consentimiento obligatorio, necesario para la finalidad contractual)
- Cesión total o parcial de los datos personales del Tomador y/o Asegurados: al propio TOMADOR (persona jurídica en relación a los datos de sus asegurados particulares); a otras entidades aseguradoras (reaseguradoras o coaseguradoras) o colaboradoras con el objeto de gestionar y administrar la póliza, y por tanto de los siniestros que estén dentro de la cobertura del contrato del seguro suscrito. (Consentimiento obligatorio, necesario para la finalidad contractual)
- Cesión total o parcial de esta información a otras instituciones colaboradoras con el sector ASEGURADOR con fines estadísticos y de lucha contra el fraude. (Consentimiento obligatorio, necesario para la finalidad contractual)
- Cesión total o parcial de esta información a Organismos Públicos y Registros Públicos del sector ASEGURADOR, a centros médicos, al Consorcio de Compensación de Seguros. (Consentimiento obligatorio, necesario para la finalidad contractual)
- Cesión total o parcial de esta información a terceros implicados que pueden ser facultativos médicos, peritos y abogados de terceros para cumplir cualquier obligación legal, incluyendo aquellas con la oficina de Defensa del Consumidor, en caso de que el ASEGURADO presente una reclamación. (Consentimiento obligatorio, necesario para la finalidad contractual)

Dichos datos serán almacenados y tratados por dichos cesionarios únicamente en las condiciones descritas y para las finalidades detalladas.

Para el caso de que como TOMADOR de la póliza nos proporcione información sobre otras personas, deberá asegurarse de haber obtenido previamente su consentimiento para el tratamiento y comunicación de sus datos personales a ACUNSA, haciéndolo

se responsable de que conozcan las condiciones de privacidad referidas, así mismo, el TOMADOR, en caso de que se produzca alguna variación en los datos facilitados a ACUNSA para su tratamiento, conforme a lo indicado en la presente cláusula, deberá notificarlo a la ASEGURADORA.

Los datos recabados son imprescindibles para el establecimiento y desarrollo de la relación contractual. El TOMADOR garantiza que los datos personales facilitados son veraces y se hace responsable de comunicar cualquier modificación de los mismos para que, en todo momento respondan a su situación actual.

ACUNSA asume la adopción de las medidas de seguridad de índole técnica y organizativa para proteger la confidencialidad e integridad de la información, de acuerdo con lo establecido en el Reglamento 2016/679 de Protección de Datos y demás legislación aplicable y ante quien el titular de los datos puede ejercitar, en cualquier momento, sus derechos de acceso, portabilidad, rectificación, oposición, limitación y supresión mediante comunicación escrita dirigida a ACUNSA a la dirección postal o en la dirección de correo electrónico: dpd@acunsa.es. En cualquier caso el solicitante o ASEGURADO deberá acreditar su identidad.

Puede encontrar información más detallada y actualizada sobre la Protección de Datos en el siguiente enlace: www.acunsa.es/rgpd/

Asimismo, los interesados pueden presentar una reclamación ante la Autoridad de Control en materia de Protección de Datos competente, la Agencia Española de Protección de Datos en el siguiente enlace: www.aepd.es

Artículo 15

Comunicaciones

Las comunicaciones de ACUNSA al TOMADOR del seguro se realizarán a la dirección postal, electrónica o al número de teléfono facilitado por el TOMADOR en el momento de realizar la solicitud del seguro, salvo que se comunique posteriormente un cambio de las mismas.

Todas las comunicaciones entre el TOMADOR y ACUNSA, que puedan efectuarse por razón de esta Póliza, podrán realizarse además de por carta, por cualquier otro medio escrito, incluido correo electrónico, siempre que el medio permita acreditar la identidad del comunicante.

Las comunicaciones efectuadas a ACUNSA por un corredor de seguros, en nombre del TOMADOR del seguro, surtirán los mismos efectos que si las realizase éste, salvo expresa indicación en contrario por su parte.

El Contrato de Seguro y sus modificaciones o adiciones deberán ser formalizados por escrito.

Artículo 16

Control e Instancias de Reclamación

El control de la actividad ASEGURADORA corresponde al Estado español ejerciéndose a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones. El presente contrato queda sometido a la jurisdicción española y, dentro de ella, será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del mismo el del domicilio del ASEGURADO.

En caso de cualquier tipo de reclamación sobre el Contrato de Seguro el TOMADOR, ASEGURADO, BENEFICIARIO o TERCERO perjudicado deberá dirigirse para su resolución a:


1. El Servicio de Atención al Asegurado de ACUNSA. Las reclamaciones podrán realizarse en soporte papel o por medios informáticos al correo electrónico: info@acunsa.es especificando que se dirige a la atención del **Departamento de Atención al Asegurado**, siempre acreditando la identidad del solicitante.
2. Si la reclamación resulta denegada por el Servicio de Atención al Asegurado podrá acudir a una segunda instancia de reclamación externa e independiente de ACUNSA, **El Defensor del Asegurado** al correo electrónico: defensordelasegurado@legse.com, siempre acreditando la identidad del solicitante.
3. Si la reclamación resultara rechazada, denegada o se cumpliera el plazo de un mes desde su presentación sin resolución por parte del Servicio de Atención al Asegurado, podrá iniciar el procedimiento administrativo de reclamación ante el Comisionado para la Defensa del Asegurado y del Partícipe de Planes de Pensiones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

Artículo 17

Prescripción

Las acciones que se deriven del contrato prescribirán en el término de cinco años a contar desde el día en que pudieran ejercitarse. **Dicho plazo de prescripción no exime al ASEGURADO de cumplir con su obligación de notificar los siniestros a ACUNSA en los plazos señalados a tal efecto.**

El TOMADOR acepta en su nombre propio y en nombre de los ASEGURADOS, todos y cada uno de los artículos de estas Condiciones Generales que le sean de aplicación según las Coberturas y Garantías Opcionales que tuviera contratadas.



EL TOMADOR DEL SEGURO

DIRECTOR GENERAL

Asistencia Clínica Universitaria de Navarra,
S.A. de Seguros y Reaseguros (ACUNSA)

Edición Año 2021.0

Compañía Aseguradora:

Asistencia Clínica Universitaria de Navarra, S.A. de Seguros y Reaseguros (ACUNSA)

Inscrita en el Registro Mercantil de Navarra. Tomo 271 General,

Folios 84 y 104, n° NA - 9.137. Inscripciones 1ª y 2ª.

Inscrita en la Dirección General de Seguros con N° C0325.

C.I.F. A-50005586

Domicilio Social: Avenida Pío XII, 57 – 31008 Pamplona



ANEXO

Seguro de Asistencia en Viaje
Europ Assistance S.A.,
Sucursal en España.



SEGUROS DE SALUD
ACUNSA
CLÍNICA UNIVERSIDAD
DE NAVARRA



A. Información Básica

1. Definiciones

Accidente

La lesión corporal o daño material sufrido durante la vigencia del contrato, que derive de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado.

Asegurado

*Persona física con domicilio habitual en España, titular de una póliza de Salud ACUNSA, con cobertura complementaria de asistencia en viaje al extranjero, y que sea comunicada a **EUROP ASSISTANCE**.*

Domicilio Habitual

Se entiende por domicilio habitual del Asegurado el localizado en España que se hace constar en la contratación del viaje, y desde el que se realicen los desplazamientos cubiertos en el presente contrato.

Enfermedad Sobrevenida

Alteración del estado de salud de un individuo durante el transcurso de un viaje cubierto por el contrato cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por un médico u odontólogo legalmente reconocido, y que haga precisa la asistencia facultativa.

Enfermedad Grave

Toda alteración sobrevenida del estado de salud de un individuo que implique hospitalización y que imposibilite el inicio del viaje del Asegurado, impida su con-

tinuación en la fecha prevista, o conlleve riesgo de muerte.

Equipaje

Conjunto de ropas y enseres propios para el uso y la higiene personal necesarios en el transcurso del viaje, contenido en el interior de la/s maleta/s.

Extranjero

Se entiende por extranjero a efectos de las garantías, el país distinto al del Domicilio Habitual y/o nacionalidad del Asegurado. Se considerará también al país de nacionalidad y/o pasaporte como extranjero, siempre exceptuándose España, únicamente cuando el Asegurado tenga Domicilio Habitual en España y se encuentre realizando por aquel país un desplazamiento profesional.

Familiar Directo

Cónyuge, pareja de hecho debidamente inscrita en el correspondiente Registro Oficial, padres, suegros, hijos o hermanos del Asegurado.

Reasegurador

***EUROP ASSISTANCE S.A., Sucursal en España** (en adelante **EUROP ASSISTANCE**), que asume el riesgo definido en el presente contrato.*

2. Objeto del Contrato

Garantizar contra las consecuencias de aquellos riesgos cuyas coberturas se especifican en el presente contrato y que se produzcan como consecuencia de un evento fortuito **en el curso de un viaje** fuera del Domicilio Habitual, dentro del Ámbito Territorial cubierto, y con los límites señalados en el mismo. Las garantías del contrato dejarán de surtir efecto una vez finalizado el viaje y al regreso del Asegurado al Domicilio Habitual.

3. Ámbito Territorial

Las garantías aseguradas por este contrato serán válidas en todo el **MUNDO**, salvo en el ámbito de la franquicia kilométrica establecida y/o en la propia definición de la prestación o servicio, donde no lo serán.

No se garantizará intervención de asistencia en aquellos países que aún reflejados en el ámbito territorial contratado, durante el desplazamiento se hallen en estado de guerra, insurrección o conflictos bélicos de cualquier clase o naturaleza, aún cuando no hayan sido declarados oficialmente. En este caso, EUROP ASSISTANCE reembolsará aquellos gastos cubiertos y debidamente justificados mediante la factura original acreditativa.

Este seguro presta sus coberturas en el ámbito territorial indicado en la póliza, excepto en los siguientes países o territorios: Irán, Corea del Norte, Siria, Crimea y Venezuela.

4. Duración del Viaje

Las garantías se prestarán para viajes de una duración no superior a **90 días**.

5. Franquicia Kilométrica

La asistencia será válida a partir de 35 km. del Domicilio Habitual del Asegurado (15 km. para Baleares y Canarias).

6. Trámites en Caso de Siniestro

Ocurrido un hecho que pudiera dar lugar a la prestación de alguna de las garantías cubiertas en el contrato, será requisito indispensable la comunicación inmediata del siniestro a **EUROP ASSISTANCE**, quedando expresamente excluidas con carácter general aquellas prestaciones que no hayan sido comunicadas previamente a **EUROP ASSISTANCE** y aquellas para las que no se hubiera obtenido la correspondiente autorización.

En caso de fuerza mayor que impida realizar este aviso, deberá efectuarse inmediatamente que cese la causa que lo impida.

Establecido el contacto, el asegurado señalará: nombre y apellidos, lugar donde se encuentra, teléfono de contacto, e informará de las circunstancias del siniestro y del tipo de asistencia solicitada. Recibida la notificación, **EUROP ASSISTANCE** dará las instrucciones necesarias con el objeto de que se preste el servicio requerido. Si el asegurado actuase de forma contraria a las instrucciones impartidas por **EUROP ASSISTANCE**, serán de su cuenta los gastos en que incurra por dicho incumplimiento.

El Asegurado deberá comunicar a **EUROP ASSISTANCE** el acaecimiento del siniestro, en el plazo máximo de 7 días de haberlo conocido. En caso de incumplimiento **EUROP ASSISTANCE** podrá reclamar los daños y perjuicios causados por la falta de declaración.

*Para el reembolso de cualquier gasto autorizado por **EUROP ASSISTANCE** podrá dirigirse a Reembolso_Online@europ-assistance.es, o al apartado de correos 36316 (28020 Madrid). En todos los casos será indispensable la presentación de facturas y justificantes originales.*

Los reembolsos realizados por **EUROP ASSISTANCE** se realizan cumpliendo con lo establecido en las leyes españolas, concretamente en lo establecido para pagos en efectivo y salida de capital del territorio nacional. Así, para poder llevar a cabo el reembolso de un importe que sea igual o superior a 10.000 euros (o su contravalor en moneda extranjera) por los costes de contingencias cubiertas que el Asegurado hubiera abonado en metálico fuera de España, **EUROP ASSISTANCE** requerirá que se aporte justificante bancario de su retirada de caja fuera de España o que se hubiera declarado conforme a lo establecido en el artículo 34 de la Ley 10/2010 de prevención del blanqueo de capitales.

7. Subrogación

EUROP ASSISTANCE se subroga, hasta el total del coste de los servicios prestados por ella, en los derechos y acciones que correspondan al Asegurado contra toda persona responsable de los hechos y que hayan motivado su intervención. Cuando las garantías realizadas en ejecución del presente Contrato sean cubiertas en todo o en parte por otra entidad Aseguradora, por la Seguridad Social o por cualquier otra institución o persona, **EUROP ASSISTANCE** quedará subrogada en los derechos y acciones del Asegurado frente a la citada compañía o institución. A estos efectos el Asegurado se obliga a colaborar activamente con **EUROP ASSISTANCE** prestando cualquier ayuda u otorgando cualquier documento que pudiera considerar necesario. En cualquier caso **EUROP ASSISTANCE** tendrá derecho a utilizar o a solicitar del Asegurado la entrega del título de transporte (billete de tren, de avión, etc.) no utilizado por éste, cuando los gastos de regreso hayan corrido a cargo de **EUROP ASSISTANCE**.

8. Responsabilidad

Acaecido un siniestro, EUROP ASSISTANCE no asumirá ninguna responsabilidad respecto a las decisiones y actuaciones que adopte el Asegurado, contrarias a sus instrucciones o las de su Servicio Médico.

9. Legislación y Jurisdicción

El Asegurado y **EUROP ASSISTANCE** se someten a la legislación y jurisdicción española para los efectos del presente contrato. Será juez competente para el reconocimiento de las acciones derivadas del contrato el del Domicilio Habitual del Asegurado.

10. Límites Garantizados

Las cuantías económicas que figuran como límite en cada una de las prestaciones de este contrato, se entienden como importes máximos acumulables durante el viaje.

11. Sanciones Internacionales

EUROP ASSISTANCE no dará cobertura, no asumirá ningún siniestro, ni tampoco proporcionará prestación o servicio alguno descrito en la póliza que le pueda exponer a cualquier

sanción, prohibición o restricción en virtud de las resoluciones emitidas por las Naciones Unidas o de sanciones comerciales o económicas, leyes o regulaciones de la Unión Europea o de los Estados Unidos de América. Para más detalles, visite, por favor, las páginas:

- <https://www.un.org/securitycouncil/sanctions/information>
- <https://sanctionsmap.eu/#/main>
- <https://www.treasury.gov/resource-center/sanctions/Pages/default.aspx>

B. Garantías Cubiertas

1. Gastos Médicos en el Extranjero

En caso de enfermedad sobrevenida o accidente del Asegurado acaecido con carácter imprevisto en el transcurso de un viaje por el extranjero, **EUROP ASSISTANCE** garantiza durante la vigencia del Contrato **y hasta un límite de 12.000 euros** por período contratado y a cada Asegurado, los gastos enumerados a continuación:

- Honorarios médicos.
- Medicamentos recetados por un médico o cirujano.
- Gastos de hospitalización.
- Gastos de ambulancia ordenados por un médico para un trayecto local.

En caso de que **EUROP ASSISTANCE** no haya intervenido directamente y para que tales gastos sean reembolsables, se deberán presentar las correspondientes facturas originales, que deberán ir acompañadas del informe médico completo, con sus antecedentes, diagnóstico y tratamiento, que permita establecer el carácter de la enfermedad sobrevenida. **Los gastos ocasionados serán en todo caso motivo de subrogación por EUROP ASSISTANCE a las percepciones que tenga derecho el Asegurado, por prestaciones de Seguridad Social o por cualquier otro régimen de previsión o aseguramiento privado al que estuviera afiliado.**

En cualquier caso se establece una franquicia de 50 euros a cargo del Asegurado en todos y cada uno de los servicios sanitarios que requiera.

2. Prolongación de estancia en hotel por Enfermedad sobrevvenida o Accidente

Cuando la naturaleza de la enfermedad sobrevvenida o accidente imposibilite al Asegurado continuar el viaje, y no fuera necesario el ingreso en clínica o centro hospitalario, **EUROP ASSISTANCE** abonará los gastos que se deriven de la prolongación de estancia en hotel, prescrita por un médico, **hasta un límite de 100 euros/día, durante un máximo de 10 días.**

3. Traslado sanitario de enfermos y heridos

En caso de enfermedad sobrevvenida o accidente del Asegurado, durante la vigencia del contrato y como consecuencia de un desplazamiento del lugar en que radica su domicilio habitual, y siempre que le imposibilite continuar el viaje, **EUROP ASSISTANCE** tan pronto sea avisada, organizará los contactos necesarios entre su servicio médico y los médicos que atienden al Asegurado. Cuando el servicio médico de **EUROP ASSISTANCE** autorice el traslado del Asegurado a **un HOSPITAL DEL CUADRO MÉDICO DE ACUNSA**, **EUROP ASSISTANCE** efectuará dicho traslado según la gravedad del mismo, mediante:

- Avión sanitario especial.
- Tren primera clase.
- Helicóptero sanitario.
- Ambulancia.
- Avión de línea regular.

El avión sanitario especial, solo se empleará en el ámbito geográfico de Europa y países ribereños del Mediterráneo. Sólo se tendrán en cuenta las exigencias de orden médico para elegir el medio de transporte y el hospital donde deberá ser ingresado el Asegurado. Si el Asegurado se negara a ser trasladado en el momento y en las condiciones determinadas por el servicio médico de **EUROP ASSISTANCE, se suspenderán automáticamente todas las garantías y gastos resultantes a consecuencia de esa decisión. A efectos de repatriación, será considerado domicilio en España el que figure en la contratación de la póliza.**

4. Transporte de los restos mortales

En caso de fallecimiento del Asegurado, acaecido en el transcurso de un desplazamiento cubierto en el presente contrato, **EUROP ASSISTANCE** organizará y tomará a su cargo el transporte de los restos mortales hasta el lugar de inhumación en España, dentro del término municipal de su Domicilio Habitual, así como los gastos de embalsamamiento, ataúd mínimo obligatorio y formalidades administrativas. **En ningún caso se extiende esta cobertura a los gastos de pompas fúnebres e inhumación. A estos efectos, será considerado domicilio en España el que figure en la contratación del seguro.**

5. Regreso de los Asegurados acompañantes

Cuando el Asegurado se le haya trasladado por Enfermedad Sobrevenida o Accidente en aplicación de la garantía "Traslado sanitario de enfermos y heridos", o bien por fallecimiento y esta circunstancia impida al resto de los Asegurados su regreso hasta su domicilio por los medios inicialmente previstos, **EUROP ASSISTANCE** se hará cargo de los gastos correspondientes al transporte de los mismos hasta el lugar de su domicilio habitual o hasta el lugar donde esté hospitalizado el Asegurado trasladado, mediante billete de avión línea regular (clase turista) o tren (primera clase) o en cualquier otro medio de transporte adecuado.

6. Envío de Medicamentos al Extranjero

En caso de que el Asegurado necesite un medicamento que no pueda adquirirse en el lugar donde se encuentre, **EUROP ASSISTANCE** se encargará de localizarlo y enviárselo por el medio más rápido y con sujeción a la Legislación Local. El Asegurado tendrá que reembolsar a **EUROP ASSISTANCE**, a la presentación de la factura, el precio del medicamento. **Quedan excluidos los casos de abandono de la fabricación del medicamento y su no disponibilidad en los canales de distribución en España y aquellos para los que exista un medicamento con el mismo principio activo en el país donde se encuentra el Asegurado.**

7. Desplazamiento de una persona para acompañar al Asegurado hospitalizado

Si el Asegurado, durante el viaje, debe estar hospitalizado más de cinco días y ningún Familiar Directo se encuentra a su lado, **EUROP ASSISTANCE** pondrá a disposición de

un acompañante desde su domicilio habitual en España un billete de ida y vuelta en avión de línea regular (clase turista), tren (primera clase) o cualquier otro medio de transporte adecuado.

8. Gastos de estancia de una persona para acompañar al Asegurado hospitalizado

Si el Asegurado, durante el viaje, debe estar hospitalizado más de cinco días y ningún Familiar Directo se encuentra a su lado, [EUROP ASSISTANCE](#), abonará en concepto de gastos de estancia, el alojamiento en hotel, previa presentación de las facturas originales correspondientes **hasta un límite de 100 euros/día, y hasta un máximo de 10 días.**

9. Regreso del Asegurado en caso de defunción de un Familiar Directo

En caso de defunción en España de un Familiar Directo del Asegurado que se halle en un desplazamiento cubierto por el presente contrato, [EUROP ASSISTANCE](#), comunicado el hecho, organizará y pondrá a disposición del mismo y para asistir al sepelio, (en el periodo máximo de 7 días desde el fallecimiento) un billete de avión de línea regular (clase turista) o en tren (primera clase) o cualquier otro medio de transporte adecuado hasta el lugar de inhumación en España.

10. Regreso por hospitalización de un Familiar Directo

En caso de hospitalización en España por accidente o enfermedad grave de un Familiar Directo del Asegurado, y siempre que esta se prevea superior a 5 días, que se halle en un desplazamiento cubierto por el presente contrato, [EUROP ASSISTANCE](#), comunicado el hecho, organizará y pondrá a disposición del mismo para su regreso, un billete de avión de línea regular (clase turista), o en tren (primera clase) hasta el lugar de hospitalización.

11. Regreso anticipado por siniestro grave

Si durante un viaje del Asegurado se produjera un siniestro grave (incendio, robo o inundación) en su domicilio habitual o local profesional (si el Asegurado fuera representante legal de la empresa afectada y /o que necesariamente requiriera su presencia),

EUROP ASSISTANCE pondrá a disposición del mismo, un billete de ida y vuelta en avión de línea regular, clase turista, o en tren, primera clase y hasta su domicilio en España.

12. Acompañamiento de menores o disminuidos

Si a los Asegurados que viajen con disminuidos o menores de 14 años, también Asegurados, les surge durante la vigencia del contrato la imposibilidad de ocuparse de ellos por causa de enfermedad sobrevenida o accidente, cubierto por la Póliza, **EUROP ASSISTANCE** organizará y tomará a su cargo el desplazamiento, ida y vuelta, de una persona residente en España designada por el Asegurado o su familia, o de una azafata de **EUROP ASSISTANCE**, al objeto de acompañar a los menores o disminuidos en su regreso a su domicilio habitual en España, y en el menor tiempo posible.

13. Transmisión de mensajes urgentes (derivados de las garantías)

EUROP ASSISTANCE a través de un servicio de 24 horas, aceptará y transmitirá mensajes urgentes de los Asegurados, siempre que éstos no dispongan de otros medios para hacerlos llegar a su destino y siempre que éstos sean consecuencia de una garantía cubierta por el contrato.

14. Adelanto de gastos de asistencia jurídica efectuados en el extranjero

EUROP ASSISTANCE adelantará **hasta un límite de 3.000 euros** para el pago en el extranjero de los honorarios de abogado y procurador surgidos como consecuencia de asistencia jurídica derivada de un accidente de circulación. **EUROP ASSISTANCE se reserva el derecho a solicitar aval o garantía del Asegurado que asegure el cobro del anticipo. En cualquier caso las cantidades anticipadas deberán ser reintegradas a EUROP ASSISTANCE en el plazo máximo de 30 días.**

15. Búsqueda y localización de equipaje

En caso de que el Asegurado sufra una demora o pérdida de su equipaje, **EUROP ASSISTANCE** le asistirá en su búsqueda y localización, asesorándole en la gestión para interponer la correspondiente denuncia. Si el equipaje es localizado, **EUROP**

ASSISTANCE lo expedirá hasta el Domicilio Habitual del Asegurado en España, siempre que no sea necesaria la presencia del propietario para su recuperación.

16. Servicio de traducción

EUROP ASSISTANCE pondrá a disposición del Asegurado un servicio de traducción en inglés, alemán y francés. Se realizará la traducción directa de pequeños textos en estos idiomas. El horario de prestación de este servicio será de 9 a 19 horas de lunes a viernes (excepto festivos de carácter nacional).

17. Servicio de información

EUROP ASSISTANCE dispondrá para todos los Asegurados de un servicio gratuito e ininterrumpido de 24 horas sobre 24, todos los días del año, para facilitar todo tipo de información turística, de formalidades administrativas, de preocupaciones médicas, de condiciones de viaje y de vida local, medios de transporte, alojamientos, restaurantes, etc.; información relacionada con el vehículo como talleres, gasolineras, compañías aseguradoras, etc.

C. Exclusiones

Las presentes garantías cesarán en el momento que el Asegurado regrese a su Domicilio Habitual, o cuando haya sido repatriado por **EUROP ASSISTANCE**, hasta su domicilio o centro hospitalario cercano a éste. Quedan excluidos con carácter general aquellos gastos que no hayan sido comunicados previamente a **EUROP ASSISTANCE** y aquellos para los que no se hubiera obtenido la correspondiente autorización. En cualquier caso quedan excluidas de las garantías aseguradas (salvo que expresamente se incluya en la garantía) los daños, situaciones, gastos y consecuencias derivadas de:

1. Enfermedades, lesiones o afecciones preexistentes o crónicas, padecidas por el Asegurado con anterioridad al inicio del viaje que se manifiesten en el transcurso del mismo.
2. Renuncia, retraso o adelanto voluntario por parte del Asegurado al traslado sanitario propuesto por **EUROP ASSISTANCE** y acordado por su servicio médico.
3. Enfermedades mentales, revisiones médicas de carácter preventivo (chequeos), curas termales, cirugía estética y aquellos casos en que el viaje tenga por objeto recibir tratamiento médico o intervención quirúrgica, tratamientos de medicinas alternativas (homeópatas, naturistas, de etc.), los gastos derivados tratamientos fisioterapéuticos y/o rehabilitadores así como aquellos afines a estos. Asimismo, queda excluido el diagnóstico, seguimiento y tratamiento del embarazo, interrupción voluntaria del mismo y partos, salvo que se trate de atención de carácter urgente, y siempre anterior al sexto mes.
4. La participación del Asegurado en apuestas, desafíos o riñas.
5. Las consecuencias derivadas de la práctica de deportes de invierno.

6. La práctica de deportes en competición o competición motorizada (carrera o rally), así como la práctica de actividades peligrosas o de riesgo enumeradas a continuación:

a. Boxeo, halterofilia, lucha (en sus distintas clases), artes marciales, alpinismo con acceso a glaciares, deslizamiento en trineos, inmersión con aparatos respiratorios, espeleología y esquí con saltos de trampolín.

b. Deportes aéreos en general.

c. Deportes de aventura, tales como rafting, puenting, hidrospeed, barranquismo y similares. En estos casos **EUROP ASSISTANCE** sólo interviene y tomará a su cargo, los gastos producidos por el Asegurado desde el momento en que éste se encuentre bajo tratamiento en un centro médico.

7. Suicidio, intento de suicidio o autolesiones del Asegurado.

8. Rescate de personas en montaña, sima, mar, o desierto.

9. Las enfermedades o accidentes derivados del consumo de bebidas alcohólicas, estupefacientes, drogas o medicamentos, salvo que estos últimos hayan sido prescritos por un médico.

10. Actos dolosos del Tomador, Asegurado, causahabiente de éstos.

11. Epidemias y/o enfermedades infecciosas de aparición repentina y propagación rápida en la población, así como las provocadas por la polución y/o contaminación atmosférica.

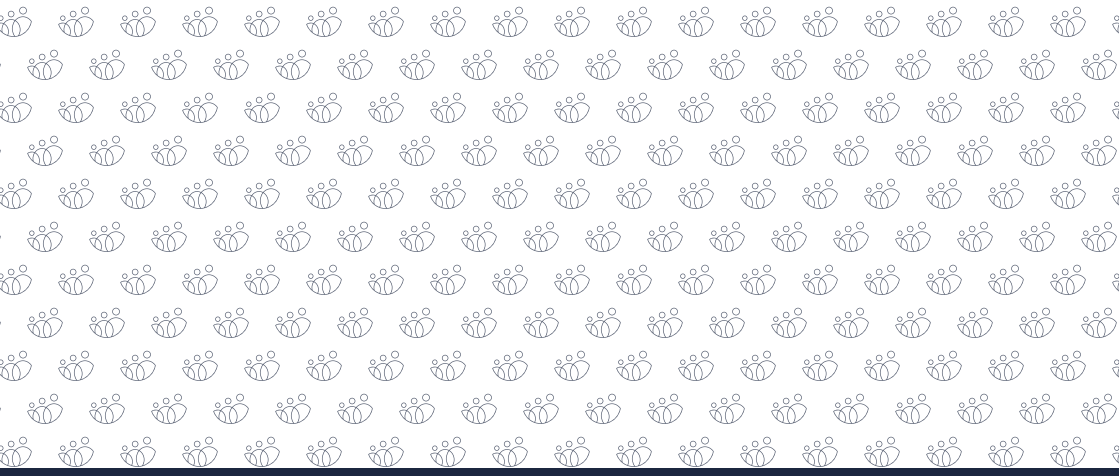
12. Guerras, manifestaciones, insurrecciones, movimientos tumultuosos populares, actos de terrorismo, sabotajes y huelgas, estén o no declaradas oficialmente. La transmutación del núcleo del átomo, así como de las radiaciones provocadas por la aceleración artificial de partículas atómicas. Movimientos telúricos, inundaciones, erupciones volcánicas y, en general los que procedan del desencadenamiento de las fuerzas de la naturaleza. Cualquier otro fenómeno de carácter catastrófico extraordinario o acontecimiento que por su magnitud o gravedad sean calificados como catástrofe o calamidad.

Con independencia de lo anterior, quedan particularmente excluidas las siguientes situaciones:

1. El traslado sanitario de enfermos o heridos originado por afecciones o lesiones que puedan ser tratadas "in situ".

2. Los gastos de gafas y lentillas, así como la adquisición, implantación-sustitución extracción y/o reparación de prótesis, piezas anatómicas y ortopédicas de cualquier tipo tales como collarín.

3. El reembolso de los gastos médicos, quirúrgicos y farmacéuticos cuyo importe sea inferior a 50 euros.



SEGUROS DE SALUD
ACUNSA
CLÍNICA UNIVERSIDAD
DE NAVARRA

