

TEST



Condiciones Generales

Producto 8925 - 8933 Óptima Familiar- Modificado
Enero-2025

Edición Enero 2010

Modelo 800132

Entidad AXA Seguros Generales,
S.A. de Seguros y Reaseguros

La validez y eficacia contractual de las presentes Condiciones Generales está vinculada en todo caso a la póliza suscrita por el Tomador, careciendo de validez y eficacia contractual alguna como documento autónomo.

Documento sin validez contractual

Índice de contenidos

Descripción de las coberturas contratadas	Definiciones	3
	Personas aseguradas	6
	Tarjeta de AXA Seguros Generales	7
	Prestaciones, riesgos y garantías aseguradas	7
	Riesgos y daños excluidos	18
	Período de carencia	19
	Servicios de Asistencia en Viaje	20
Información de carácter general	Regulación del contrato e información general al Tomador	23
	Forma de prestación de los servicios concertados	24
	Formalización del seguro	25
	Duración	26
	Disposiciones Generales	26
Prórroga del contrato	Reembolso de gastos, tramitación y pago	27
	Garantía de Protección de Pagos	28
	Obligaciones, Deberes y Facultades del Tomador o Asegurado	30
	Cláusula firma electrónica y comunicaciones electrónicas/telefónicas	31
	Protección de datos personales	33

Documento sin validez contractual

Descripción de las coberturas contratadas

Definiciones

Para los efectos de este Contrato se entenderá que:

La Sociedad Aseguradora es **AXA Seguros Generales S.A. de Seguros y Reaseguros** (en adelante AXA Seguros Generales).

El Tomador del Seguro es la persona física o jurídica que contrata el seguro con AXA Seguros Generales.

El Asegurado es la persona a quien se prestará la asistencia médica.

El Beneficiario será el Asegurado o Tomador que ha de recibir el reembolso de gastos, si procediera.

Tutor legal es la persona que se encargará del cuidado de otra persona menor de edad en situación de desamparo o no sujeta a patria potestad y de sus bienes, es decir, llevará a cabo las funciones correspondientes a la tutela. Las personas con discapacidad podrán prever o acordar en escritura pública medidas de apoyo voluntarias o ser objeto de medidas de apoyo adoptadas por autoridad judicial. En adelante, la referencia al término "Tutor" o "Tutela" incluirá las medidas representativas de apoyo voluntarias y/o judiciales acordadas para las personas con discapacidad que comprenderán las figuras de guarda de hecho, cautela y defensor judicial.

Representante legal persona a la que, por disposición legal, corresponde actuar en nombre de otra persona física o jurídica.

Accidente es la lesión corporal debida a una causa violenta, imprevista, externa y ajena a la voluntad del Asegurado.

Acto médico es toda asistencia prestada por un mismo facultativo o equipo sanitario en una consulta o Centro Hospitalario.

Asistencia médica extra-hospitalaria es la prestada en consultorios médicos, en el domicilio del paciente y/o en el hospital o clínica sin pernoctación.

Carencia es el período de tiempo (contado a partir de la fecha de efecto del Seguro o de la de inclusión de un nuevo Asegurado o nueva cobertura a la que afecte) durante el cual no entra en vigor alguna de las garantías de la Póliza.

Cirugía mayor ambulatoria: procedimiento quirúrgico con anestesia general, regional, local o sedación, que no requieren hospitalización ni grandes cuidados postoperatorios y pueden ser alta a las pocas horas.

Cirugía menor ambulatoria: procedimientos quirúrgicos, terapéuticos o diagnósticos de baja complejidad, mínimamente invasivos, habitualmente con anestesia local, sin cuidados postoperatorios y que no requieren hospitalización. Generalmente se realiza en la misma consulta.

Cirugía robótica: manipulación quirúrgica, dirigida por un cirujano y realizada por un robot, que está asistida informáticamente por realidad virtual, por navegador de imágenes 3D o por sistema de escopia telerrobotizada.

Consulta o visita: proceso asistencial médico presencial cuyo objetivo es obtener un diagnóstico, un pronóstico y prescribir un tratamiento, pudiendo realizar o no una exploración física u otras pruebas complementarias.

Copago importe fijado por acto médico que el Tomador y/o Asegurado debe abonar por el uso del Cuadro médico. Estos importes pueden ser actualizados cada anualidad y pueden ser consultados en www.axa.es.

Cuadro médico es la relación editada de profesionales y establecimientos sanitarios concertados por AXA en cada provincia y que está asociado a la modalidad de póliza contratada. Dentro del cual el asegurado tiene libertad de elección de los profesionales concertados dentro de las coberturas contratadas.

Domicilio: Se considera para este contrato la dirección habitual.

Edad actuarial es la edad del Asegurado a su más próximo cumpleaños (aunque no se haya alcanzado), tomando como referencia la fecha de efecto o de renovación de la Póliza.

Enfermedad o lesión es toda alteración del estado de salud cuyo diagnóstico y confirmación sean efectuados por un médico legalmente reconocido y que haga precisa la asistencia facultativa.

Enfermedad congénita es toda alteración del estado de salud con la que se nace, por haberla contraído en el seno materno o por ser hereditaria.

Enfermedad o estado de salud preexistente es aquella circunstancia de salud que tiene un origen claramente anterior al momento de contratación o alta en el Seguro y que su diagnóstico, síntomas y/ o signos son conocidos por el Asegurado o Tutor, en casos de menores de edad o personas con discapacidad, en el momento de firmar el Cuestionario de Salud, aunque no exista un diagnóstico médico.

Enfermero: Diplomado Universitario en Enfermería, legalmente capacitado y autorizado para ejercer la actividad de enfermería

Especialista o facultativo: Licenciado o Doctor en Medicina, legalmente capacitado y autorizado para ejercer la medicina en su especialidad.

Esterilidad de la pareja: Es la incapacidad de la pareja para lograr el embarazo después de 2 años de mantener relaciones sexuales sin métodos de planificación o la incapacidad reproductiva en parejas del mismo sexo después de 2 años.

Fármaco Citostático: medicamento que se emplea en quimioterapia oncológica, por administración endovenosa, capaz de detener el desarrollo del cáncer actuando directamente sobre el ADN y la mitosis celular tanto de las células sanas como de las tumorales, inhibiendo su multiplicación celular normal. Se incluyen en este subgrupo terapéutico, por su mecanismo de acción: los agentes alquilantes, los antimetabolitos, los alcaloides de plantas y otros productos naturales, los antibióticos citotóxicos, los compuestos de platino y las metilhidrazidas.

Fisioterapeuta: Diplomado Universitario en Fisioterapia legalmente capacitado y autorizado para ejercer el tratamiento de determinadas enfermedades con terapias de rehabilitación no farmacológicas (fisioterapia).

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

Hospital o clínica es todo establecimiento legalmente autorizado para el tratamiento de enfermedades, lesiones o accidentes, provisto de presencia médica permanente, y que dispone de los medios necesarios para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas. A los efectos de esta Póliza no se consideran Hospitales los hoteles, residencias, casas de reposo, balnearios, centros para el cuidado de enfermos crónicos y de rehabilitación o para el tratamiento del alcoholismo o la drogadicción.

Hospitalización de Día, permanencia en unidades del hospital así denominadas, tanto médicas como quirúrgicas, para recibir un tratamiento concreto o tras un acto anestésico, sin que suponga pernoctar en el hospital y pudiendo o no realizar una comida principal en dicha unidad hospitalaria.

Hospitalización es la permanencia en un hospital o clínica pernoctando en el centro.

Hospitalización en Unidades Especiales es aquella que requiere una dotación específica de personal de enfermería y médico, así como medios técnicos especiales, y que están claramente diferenciadas de la hospitalización general. Generalmente están destinadas a pacientes de alto riesgo, tanto por su enfermedad como por el riesgo que pueden comportar a otros hospitalizados. Incluye las unidades de cuidados intensivos (UCI) y las de aislamiento (unidad de infecciosos o para la administración de isótopos radiactivos), entre otras.

Hospitalización por motivo social es el ingreso que ha superado la fase aguda de la enfermedad pero que continúa necesitando cuidados sanitarios en régimen distinto al de la hospitalización. Ejemplos de estos ingresos son por afectaciones crónicas, de rehabilitación, por patologías asociadas al envejecimiento o deterioro funcional.

Intervención quirúrgica: proceso asistencial con fines diagnósticos o terapéuticos, realizado mediante incisión u otra vía de abordaje interno, efectuada por un cirujano o equipo quirúrgico acreditado que, normalmente, requiere la utilización de un quirófano o de sala específica en un centro sanitario autorizado.

Material de osteosíntesis: piezas o elementos de diferente naturaleza, empleados exclusivamente para la unión de los extremos de huesos fracturados o para unir extremos articulares.

Medicamento: sustancia o combinación de sustancias, con principios activos para el tratamiento, el diagnóstico o la prevención de enfermedades, que se administra a seres humanos de forma externa o interna, y que está debidamente autorizado como medicamento por la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS), que establece las indicaciones para su utilización.

Medicamento de uso compasivo: medicamento en investigación y que se quiere utilizar para otras indicaciones de las autorizadas por la AEMPS.

Medicina regenerativa: rama de la medicina especializada en técnicas de regeneración tisular, celular o molecular, incluyendo los implantes o trasplantes de células madre y la ingeniería de tejidos.

Medios de diagnóstico y tratamiento de alta tecnología médica: son aquellos de elevada complejidad por incorporar desarrollos tecnológicos ya sea de la biomedicina, la biotecnología, la robótica, la informática y la electrónica avanzada; y cuya efectividad e indicaciones está avalada por las Agencias de Evaluación de Tecnología Sanitaria, dependientes del Ministerio de Sanidad o de las Comunidades Autónomas.

PIRADS: clasificación internacional que predice la probabilidad de que una imagen sospechosa por RMN sea un cáncer de próstata.

Póliza es el conjunto de documentos que componen este contrato de seguro. Consta de:

- Cuestionario de Salud que es el formulario de preguntas facilitado por AXA Seguros Generales bien mediante impreso o a través de un cuestionario telefónico o digital, en el que el Tomador y/o Asegurado realizan la descripción del riesgo que se desea asegurar y las circunstancias por ellos conocidas que puedan influir en su valoración. Existen diferentes modalidades de Cuestionario de Salud: el Telefónico, el digital y el de soporte en papel. A los efectos de esta póliza se entenderá como Cuestionario de Salud el realizado en cualquiera de los formatos citados.
- Condiciones Generales donde se regula su objeto y contenido los riesgos, coberturas y las prestaciones.
- Condiciones Particulares que recogen los datos que lo individualizan y las cláusulas que deseen incluir las partes contratantes.
- La Aseguradora llevará a cabo actualizaciones periódicas de las Condiciones Generales y/o del Cuadro Médico que el Tomador/Asegurado podrá consultar en su espacio cliente o en www.axa.es.

No fumador: Se considera no fumador a los efectos de esta póliza a aquella persona que no ha consumido tabaco de ninguna forma en los últimos 24 meses y no tiene intención de hacerlo en el futuro.

Participación en gastos: Cantidad o porcentaje expresamente pactado en las condiciones particulares del contrato, a cargo del Asegurado, en el coste de determinados servicios sanitarios.

Prevención: conjunto de acciones destinadas a erradicar, eliminar o minimizar el impacto de la enfermedad y la discapacidad (definición de la Organización Mundial de la Salud):

- Prevención primaria: acciones destinadas a evitar la aparición de un problema de salud (ej. vacunación, control de factores de riesgo, promoción de hábitos saludables o tratamientos previos a la aparición de determinadas enfermedades).
- Prevención secundaria: acciones destinadas a detener o retrasar el progreso de un problema de salud ya establecido (ej. programas de diagnóstico precoz).
- Prevención terciaria: acciones destinadas al tratamiento y recuperación de una enfermedad para evitar las complicaciones.

Prima es el precio del seguro, según la edad actuarial de cada Asegurado, en el que se incluyen los recargos e impuestos que sean de legal aplicación. A su pago está obligado el Tomador del Seguro.

Proceso asistencial es el conjunto de actividades realizadas por proveedores de asistencia sanitaria que tienen por objetivo incrementar el nivel de salud. Según su naturaleza, se dividen en

- Proceso asistencial médico, que incluye las consultas y resto de procedimientos presenciales no invasivos.
- Proceso asistencial quirúrgico, que incluye las intervenciones quirúrgicas y todos sus gastos relacionados.

Prótesis o implante es un sustitutivo de cualquier naturaleza que implantado mediante técnica especial operatoria y que permanece después de la intervención quirúrgica de forma temporal o permanente, suplente a un tejido, órgano, fluido orgánico, miembro o parte de alguno de éstos o complementa su función. **Carecen de esta consideración los productos sanitarios externos (material ortopédico u ortesis), tales como corsés o muletas.**

Terapia génica o genética: tratamiento de determinadas enfermedades hereditarias, cáncer u otras patologías mediante la modificación del genoma celular, insertando material genético en una célula diana.

Siniestro es todo hecho cuyas consecuencias están cubiertas por alguna de las garantías de la póliza.

TEST

Urgencia vital es aquella necesidad de asistencia médica que de no prestarse de forma inmediata (demora de la intervención o tratamiento de hasta 6 horas) ponga en peligro inminente la vida del Asegurado o derive en gran incapacidad por un daño irreparable en su integridad física.

Personas aseguradas

Podrán obtener las coberturas de este Contrato de Seguro todas las personas físicas en cuyo favor se establezcan, siempre que concurran las condiciones de asegurabilidad que AXA Seguros Generales estipule.

En una misma póliza pueden quedar incluidos todos los Asegurados que convivan en el mismo domicilio. Cuando un Asegurado deje de convivir en el mismo, será admitido en otra póliza, siempre que lo comunique a AXA Seguros Generales con antelación a la fecha de cambio de domicilio, respetando los derechos adquiridos en la póliza anterior, adecuando el Contrato a la nueva situación.

Inclusión en el contrato de hijos recién nacidos. El tomador tendrá derecho a incluir en la póliza los hijos recién nacidos, siempre y cuando concurran las siguientes circunstancias:

- Que uno de los padres conste asegurado con una antigüedad superior a ocho (8) meses a contar desde la fecha de contratación de la misma.
- Que el Tomador/asegurado comunique a AXA su voluntad de incluir al recién nacido dentro de los 30 días siguiente a la fecha del nacimiento.
- Que el parto haya tenido lugar en un centro médico autorizado. Se entiende que no concurre esta circunstancia cuando el parto haya tenido lugar por medios alternativos, acuáticos o en el domicilio. En caso de duda sobre el lugar de nacimiento AXA Seguros Generales queda facultada para solicitar un certificado que acredite el centro sanitario en el que ha tenido lugar el nacimiento.

Cuando se den estas tres circunstancias, AXA Seguros Generales, viene obligada a aceptar la inclusión del recién nacido en la póliza sin la aplicación de períodos de carencia ni exclusión de enfermedades congénitas. En este caso, la fecha de efecto de alta del recién nacido en la póliza será el día 1 del siguiente mes al de su nacimiento. No obstante, si la solicitud de alta del recién nacido tiene lugar en el periodo establecido, su cobertura durante los 30 días siguientes al nacimiento será asumida por AXA en las condiciones pactadas en la póliza suscrita por uno de los padres, siempre que concurran las condiciones señaladas anteriormente.

Si no concurre alguna de las circunstancias anteriormente reseñadas, la inclusión del recién nacido estará sujeta a las normas de contratación y períodos de carencia previstos en este contrato, además quedará excluida la asistencia médica y/o quirúrgica, las pruebas complementarias, diagnósticas y los gastos por hospitalización de los procesos relacionados con enfermedades y/o malformaciones congénitas, cuya sintomatología aparezca durante la primera anualidad contratada desde la inclusión del nuevo Asegurado en la póliza, aun cuando no haya manifestaciones clínicas en el momento de su inclusión.

Inclusión en el contrato de hijos adoptados. El tomador tendrá derecho a incluir en la póliza los hijos adoptados, siempre y cuando concurran las siguientes circunstancias:

- Que uno de los padres adoptantes conste asegurado con una antigüedad superior a ocho (8) meses a contar desde la fecha de contratación de la misma.
- Que el Tomador comunique a AXA su voluntad de incluir al hijo adoptado dentro de los 30 días siguientes a la fecha de su inscripción en el Registro Civil. En este caso, la fecha de efecto del alta del hijo adoptado en la póliza será el día uno (1) del siguiente mes al de su inscripción en el Registro Civil.

Cuando concurran las dos circunstancias anteriores, AXA viene obligada a aceptar la inclusión en la póliza del hijo adoptado sin la aplicación de períodos de carencia ni exclusión de enfermedades preexistentes ni congénitas. En este caso, la fecha de efecto del alta en la póliza será el día 1 del mes siguiente a su inscripción en el Registro Civil. No obstante, si la solicitud de alta del hijo adoptado tiene lugar en el periodo establecido, su cobertura durante los treinta días siguientes a su inscripción registral, será asumida por AXA en las condiciones pactadas en la póliza suscrita por uno de los padres, siempre que concurran las condiciones señaladas anteriormente.

Si no concurre alguna de las circunstancias anteriormente reseñadas, la inclusión del hijo adoptado estará sujeta a las normas de contratación y períodos de carencia previstos en este contrato, además quedará excluida la asistencia médica y/o quirúrgica, las pruebas complementarias, diagnósticas y los gastos por hospitalización de los procesos relacionados con enfermedades y/o malformaciones congénitas, cuya sintomatología aparezca durante la primera anualidad contratada desde la inclusión del nuevo Asegurado en la póliza, aun cuando no haya manifestaciones clínicas en el momento de su inclusión.

Serán motivos de resolución del contrato:

1. El fallecimiento.
2. El traslado de la residencia habitual del Asegurado al extranjero o no residir en España por un periodo mínimo de seis meses durante la anualidad del seguro.
3. Cuando concurren algunas de las circunstancias señaladas en el apartado "**Rescisión e indisputabilidad del contrato**" de estas Condiciones Generales.

Tarjeta de AXA Seguros Generales

AXA Seguros Generales entregará al Tomador la Tarjeta identificativa para cada persona Asegurada en la póliza o el documento provisional. El cuadro médico está publicado a través de internet en la Web de AXA Seguros Generales en el que se recogen los Centros Permanentes de Urgencias y las direcciones y horarios de consulta de los facultativos concertados.

La tarjeta es de uso personal e intransferible por lo que podrá pedirse cualquier documento acreditativo de la identidad de su titular. Su uso está supeditado a las condiciones generales y particulares del seguro.

Prestaciones, riesgos y garantías aseguradas

La presente póliza tiene por objeto proporcionar a los Asegurados la asistencia médica y/o quirúrgica necesaria en toda clase de enfermedades o lesiones de acuerdo con las garantías cubiertas y con los límites pactados en las Condiciones Particulares.

En todo caso, AXA Seguros Generales asume la necesaria asistencia de carácter urgente como consecuencia de un accidente.

El Asegurado deberá abonar unos determinados copagos por acceder a las prestaciones en función de las categorías siguientes: visitas de asistencia Primaria (Medicina general y Pediatría), visitas de especialidades, Urgencias, ATS y sesiones de fisioterapia, pruebas de diagnóstico complejos, otras pruebas de diagnóstico, tratamientos especiales y resto de actos médicos.

No podrán concederse indemnizaciones en metálico en sustitución de los servicios prestados por profesionales del Cuadro Médico o en Centros concertados por AXA Seguros Generales, salvo el reembolso por empastes en la cobertura dental si lo ha contratado.

Prestaciones, riesgos y garantías aseguradas mediante cuadro médico

El Asegurado tiene libertad de elección de médico y de centro, dentro del Cuadro Médico que le corresponde según la modalidad contratada.

De acuerdo con las Condiciones Particulares y para los Asegurados que se determinen en las mismas, AXA Seguros Generales, por medio de su Cuadro Médico concertado, cubre los riesgos, prestaciones y garantías siguientes:

1. Medicina general.

2. Pediatría y puericultura.

3. Servicio de Enfermería previa prescripción escrita de un facultativo.

4. Servicio de urgencia de Asistencia primaria y de Enfermería a domicilio: Previa valoración del servicio de urgencias de AXA Seguros Generales y solo en el domicilio indicado en las Condiciones Particulares, siempre que AXA Seguros Generales disponga de servicios domiciliarios concertados en la población de residencia del Asegurado y cuando la enfermedad impida a éste acudir a la consulta del facultativo o del profesional de enfermería.

5. Centro de urgencias 24 horas.

6. Las especialidades médicas y quirúrgicas siguientes:

- Alergología e Inmunología, **excepto las vacunas y extractos.**
- Angiología y cirugía vascular periférica. Queda incluida la intervención de varices por técnica CHIVA.
- Aparato digestivo.
- Cardiología y pruebas diagnósticas de cardiología.
- Cirugía cardiovascular.
- Cirugía general y del aparato digestivo, incluida la coloproctología. Incorpora la cirugía por vía laparoscópica en aquellas intervenciones en las que se ha demostrado y consolidado su eficacia. Quedan incluidas las intervenciones quirúrgicas por láser en coloproctología (hemorroides).
- Cirugía oral y maxilofacial.
Esta garantía cubre las consultas, el estudio e intervenciones quirúrgicas maxilofaciales no odontológicas y las extracciones de cordales. **No tienen consideración de intervenciones quirúrgicas maxilofaciales las derivadas de patología dental, ni aquellas coberturas incluidas en el apartado de odontología, así como los tratamientos e intervenciones funcionales bucodentales, tales como la cirugía ortognática, preprotésica y preimplantológica por lo que carecen de cobertura.**
- Cirugía pediátrica.
- Cirugía plástica y reparadora. Únicamente la necesaria para eliminar las secuelas de un accidente o de una intervención quirúrgica, que estén cubiertos en esta póliza y sufridos por el Asegurado durante el período de vigencia de la misma. **Queda expresamente excluida la cirugía puramente estética, las curas de rejuvenecimiento, desintoxicación y/o sueño, las curas termales y climáticas, los tratamientos en balnearios, ni las gimnasias y terapias de mantenimiento.**
- Cirugía torácica.
- Dermatología médico-quirúrgica y venereología.
Quedan incluidos los tratamientos de la piel por láser (excepto el láser de luz pulsada) en lesiones refractarias a otros tratamientos y microscopía de epiluminiscencia digitalizada o Mole Max, con un máximo de una exploración anual y de acuerdo con las recomendaciones de la Sociedad Española de Dermatología. Queda excluida la terapia fotodinámica.
- Endocrinología.
- Geriátrica.
- Ginecología, se incluye una revisión ginecológica anual que comprende la visita e informe, citología, colposcopia y exploración mamaria. Adicionalmente y a juicio del profesional, se podrá efectuar una ecografía y/o mamografía. Queda incluida la ligadura de trompas y la implantación del D.I.U., siendo el coste del dispositivo a cargo de la Asegurada. Se contempla la utilización de láser (CO2, Erbio y diodo) en intervenciones quirúrgicas. Quedan incluidas la mastectomía y/u ooforectomía preventivas exclusivamente en aseguradas premenopáusicas con cáncer de mama y/u ovario y que tengan mutaciones en el gen BRCA1 o BRCA2 u otras enfermedades hereditarias, tales como el síndrome de Lynch o de Cowden, siempre que la prescripción médica así lo aconseje. La cobertura incluye además la reconstrucción mamaria inmediata con prótesis de mama.
Se excluyen cualquier otro método o terapia de planificación familiar, la reversión de la ligadura de trompas, los abortos no espontáneos incluso en los supuestos legales y el tratamiento de la esterilidad/infertilidad.
- Pruebas diagnósticas de esterilidad e infertilidad, según las recomendaciones de la Sociedad Española de Fertilidad. Comprende: determinaciones hormonales basales, seminograma básico, cultivos bacteriológicos de semen, ecografía, histerosalpingografía e histeroscopia hasta establecer el diagnóstico, quedando excluido cualquier procedimiento diagnóstico una vez se inicie el tratamiento.
- Hematología y hemoterapia. Queda incluido el trasplante de médula ósea y de precursores hematopoyéticos.
- Medicina interna.
- Nefrología.
- Neonatología.
- Neumología-Aparato respiratorio.
- Neurocirugía. Incluye la asistencia de navegación quirúrgica descrita en el punto 9 "Medios de diagnóstico y tratamiento de alta tecnología médica". **Queda excluida la cirugía endoscópica y robótica de columna y otras técnicas de nueva aparición, excepto que se haya comunicado su incorporación.**
- Neurofisiología clínica.
- Neurología.
- Odontoestomatología. Serán a cargo de AXA Seguros Generales las visitas, extracciones, curas posteriores a las mismas y su material, radiología oral convencional, y una limpieza de boca al año o cuando exista prescripción facultativa. **Quedan expresamente excluidos los empastes, ortodoncias, endodoncias, periodoncias, gingivectomías y cualquier**

tipo de prótesis o implantes, así como las pruebas complementarias y los gastos necesarios y/o derivados de estos tratamientos.

- Oftalmología. Está incluido el tratamiento por láser para técnicas de fotocoagulación para glaucoma, retinopatías isquémicas, edema macular y en desgarros periféricos retinianos, **quedando excluidos la terapia fotodinámica los tratamientos antiangiogénicos en procesos crónicos e irreversibles y la cirugía refractiva.** También queda incluido el tratamiento por láser (excluido femtosegundo) en las intervenciones de cataratas y en las capsulotomías por opacificación capsular posteriores a estas intervenciones. Se incluyen los ejercicios de pleóptica y ortóptica para tratamientos de corrección de estrabismo en niños menores de 10 años. Queda incluido el trasplante de córnea.
- Oncología médica.
- Oncología radioterápica.
La cobertura comprende el catálogo de prestaciones de la Compañía descritos en el apartado Servicios y medios de diagnóstico y tratamiento de alta tecnología, y el uso terapéutico de I131 para el tratamiento del cáncer de tiroides e hipertiroidismo, y del citrato de Ytrio para la radiosinoviotesis, **excluyendo la utilización de cualquier otro radiofármaco con finalidad terapéutica, radiocirugía Nanoknife, tomoterapia, protonterapia y la radioembolización con esferas de Ytrio 90.**
- Otorrinolaringología. Queda incluida la utilización de láser y radiofrecuencia **en intervenciones quirúrgicas de cornetes, adenoides, amígdalas y senos**, en los proveedores acreditados para estas técnicas. Quedan incluidos las otoemisiones acústicas espontáneas en recién nacidos.
- Psiquiatría.
Quedan expresamente excluidos cualquier tipo de test psiconeurológico, tratamiento de drogadicción, alcoholismo y otras adicciones y terapias tanto de grupo como individuales.
- Reumatología.
- Traumatología y cirugía ortopédica. Incorpora la cirugía artroscópica en aquellas intervenciones en las que se ha demostrado y consolidado su eficacia. **Queda excluida la cirugía endoscópica y robótica de columna y otras técnicas de nueva aparición, excepto que se hayan comunicado su incorporación.**
- Urología. Queda incluida la intervención de vasectomía. Incorpora la cirugía por vía laparoscópica en aquellas intervenciones en las que se ha demostrado y consolidado su eficacia.
Quedan expresamente excluidos los tratamientos de la disfunción eréctil, esterilidad/ infertilidad y la reversión de la vasectomía.

7. Podología en consultorio.

Incluye consultas con quiropodias, tratamiento de la uña incarnata y del papiloma, **quedando expresamente excluidos los estudios ergodinámicos (estudios de la marcha).**

8. Servicios y medios de diagnóstico y tratamiento.

Comprende los medios de diagnóstico habituales reconocidos por la práctica médica incluidos en el catálogo de prestaciones de la Compañía en el momento de suscripción de la póliza. Para su realización, es imprescindible la **prescripción médica** previa que indique el motivo de la exploración. **No queda cubierto cualquier estudio o prueba de diagnóstico relacionado con investigación o estudios científicos, ni tampoco las pruebas derivadas de procedimientos en relación con la estética y antiaging. Están incluidos en la cobertura los medios de contraste y los radiofármacos diagnósticos en medicina nuclear.**

- Aerosolterapia, para enfermedades que precisen este tratamiento por prescripción facultativa.
En todos los casos los medicamentos serán por cuenta del Asegurado.
- Arteriografía digital.
- Densitometría ósea.
- Diálisis y hemodiálisis, sólo para insuficiencia renal aguda y con un límite de 10 sesiones al año por Asegurado.
- Gammagrafías.
- Endoscopia digestiva y bronquial: diagnóstica y terapéutica, quedando cubierta la sedación si fuera precisa. Incluye esófagogastroduodenoscopia, colonoscopia, sigmoidoscopia, rectoscopia, el estudio de las vías biliares con contraste mediante la colangiopancreatografía endoscópica (CPRE) del intestino delgado con cápsula endoscópica y broncoscopia.
- Ergometría y otras pruebas diagnósticas cardiológicas.
- Laboratorio: Análisis clínicos, anatomopatológicos, biológicos, y estudios hormonales y genéticos. **Quedan excluidos los test de disbiosis intestinal y otros tests intolerancia alimentaria tipo ALCAT, kits de paneles de anticuerpos con resultado cualitativo y PCR Múltiple.**
Queda excluida cualquier determinación genética que tenga como finalidad conocer la predisposición del Asegurado o de su descendencia presente o futura a padecer ciertas enfermedades relacionadas con alteraciones genéticas, así como los estudios de farmacogenética y los mapas genéticos de tumores (excepto los específicamente incluidos en

estas garantías). Las determinaciones genéticas se incluyen siempre que sean determinantes para establecer el tratamiento de una enfermedad en curso o sean necesarios para la obtención del diagnóstico diferencial según la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS).

- Litotricia extracorpórea por ondas de choque renal y biliar.
- Magnetoterapia.
- Medicina Nuclear: incluye el uso terapéutico de ^{131}I para el tratamiento del cáncer de tiroides e hipertiroidismo y del citrato de Ytrio para la radiosinovioresis, quedando excluida la utilización de cualquier otro radiofármaco con finalidad terapéutica.
- Poligrafía respiratoria domiciliaria
- Radiología: Pruebas de radiodiagnóstico, ecografía, mamografía, radiología intervencionista y exploraciones complementarias. Incluye el sistema de diagnóstico vertical 3D EOS®, indicado en estudios de la columna vertebral y solamente en proveedores que dispongan de esta tecnología.
- Resonancia magnética nuclear (R.M.N) convencional.
- Scanner - Tomografía axial computerizada (T.A.C.) convencional.

9. Medios de diagnóstico y tratamiento de alta tecnología médica

El acceso a estos medios especiales de diagnóstico y tratamiento se realizará exclusivamente en los **centros acreditados por AXA Seguros Generales** para estas tecnologías.

Quedará fuera de cobertura todo medio de alta tecnología que se encuentre en fase de investigación y que no haya reemplazado a la tecnología existente.

Estos procedimientos se autorizarán exclusivamente en los proveedores acreditados por AXA para la utilización de estas tecnologías.

- Ablación endovenosa de varices con láser en las extremidades inferiores: ablación quirúrgica de varices sintomáticas (grados III a VI de la Clasificación CEAP) en intervenciones de cirugía vascular periférica.
- Ablación por radiofrecuencia de tumores hepáticos y pulmonares (tanto primarios como metastásicos), siempre que esté contraindicada la cirugía convencional.
- Ablación cardíaca por radiofrecuencia: procedimiento de hemodinamia indicado en el tratamiento de las arritmias cardíacas
- Ablación cardíaca por radiofrecuencia guiada por el sistema de navegación Carto o no fluoroscópica (3D): indicada para el tratamiento de las arritmias cardíacas como fibrilación auricular paroxística (más de 3 episodios al año), fibrilación auricular persistente (resistente al tratamiento farmacológico), arritmias auriculares o ventriculares asociadas con cardiopatías congénitas y arritmias auriculares complejas en las que han fracasado ablaciones anteriores.
- Ecoendoscopia digestiva (USE): sustituye a las intervenciones quirúrgicas para la evaluar lesiones submucosas, así como la identificación del cáncer del tubo digestivo y biliopancreático (estadaje y recidivas extraluminales) y para la localización de tumores neuroendocrinos.
- Crioablación cardíaca: técnica avanzada para el tratamiento de la fibrilación auricular paroxística en los casos en que esté contraindicada la utilización de radiofrecuencia. En este procedimiento no son necesarios sistemas de navegación
- Determinación BRCA Plus: técnica diagnóstica de análisis clínicos que analiza 18 genes de ADN para detectar las mutaciones más relacionadas con el cáncer de mama u ovario. En cobertura exclusivamente para:
 - Mujeres con diagnóstico reciente de cáncer de mama y/u ovario.
 - Mujeres 2 o más familiares hasta 2º grado con cáncer de mama y/u ovario (se requiere presentar la acreditación familiar).
 - Cáncer de mama en hombres.
- Ecoendoscopia bronquial (EBUS) indicada para el diagnóstico y biopsia de la patología oncológica de pulmón y de mediastino, evitando el acceso quirúrgico.
- Elastografía hepática (fibrosan) para el diagnóstico de la fibrosis hepática en hepatopatías crónicas, **con exclusión de la que tiene relación con el consumo de alcohol excesivo.**
- Hemodinamia cardíaca: coronariografía y estudios electrofisiológicos, angioplastia coronaria y colocación de stent.
- Implantación de válvula cardíaca aórtica por vía transcatóter (TAVI): técnica de hemodinamia cardíaca menos invasivo que evita la toracotomía (cirugía abierta). Se incluyen los gastos para la implantación, siendo la **válvula a cargo del asegurado.**
- Láser urológico: queda incluido el tratamiento de hiperplasia benigna de próstata con láser verde HPS, KTP o XPS de diodo, holmio y thulio. Queda incluido el uso del láser quirúrgico de holmio en la patología endourológica litiasica y en la tumoral de próstata.

- Mucosectomía endoscópica: resección vía endoscópica de lesiones del tubo digestivo, como alternativa a la cirugía en lesiones no invasivas.
- Neurocirugía asistida por neuronavegadores: incluida en intervenciones por tumoraciones cerebrales o medulares y en intervenciones cerebrales con microcirugía.
- PET (Tomografía por Emisión de Positrones), y PET-TAC (Tomografía por Emisión de Positrones fusionado con tomografía axial computarizada), ambos con 18FDG, para evaluación oncológica, según protocolo de indicaciones elaborado por el Ministerio de Sanidad (ficha técnica de la AEMPS).
- PET colina para cáncer de próstata según protocolo elaborado por el Ministerio de Sanidad (ficha técnica de la AEMPS).
- Polisomnografía hospitalaria: indicada en casos de apneas severas acompañadas de otras morbilidades asociadas, tales como insuficiencia cardíaca, patología neurológica o reumática u otras alteraciones del sueño, en las que es imposible realizar la exploración a domicilio.
- Pruebas especiales en el embarazo de riesgo: siguiendo las recomendaciones de la SEGO, se detallan a continuación las pruebas especiales que se autorizarán en embarazos de riesgo:
 - Indicadores predictivos de preeclampsia: indicados en caso de tensión arterial elevada y proteinuria, o con resultados anómalos del Doppler de arterias uterinas. Incluye la determinación de niveles de PLGF y SFLT1 en sangre materna.
 - Test de no invasivo de madurez pulmonar: indicado en embarazos con riesgo de parto o cesárea electiva prematuros (entre 28 y 37 semanas) y que sustituye a la amniocentesis.
 - Detección prematura de ruptura de membranas: test que analiza el líquido amniótico en casos de pérdida de líquido amniótico antes de las 37 semanas de gestación y que se asocia con prematuridad, indicado si la exploración y pruebas habituales, como la ecografía, no son concluyentes.
- Pruebas genéticas y de biología molecular siempre que tengan repercusión en el tratamiento de una enfermedad en curso. Se dará cobertura exclusivamente a las Dianas Terapéuticas detalladas a continuación y siempre como estudio previo a un tratamiento oncológico personalizado y según el tipo y estadio tumoral, que aparezcan especificadas en la ficha técnica del fármaco y que dispongan de la indicación y aprobación por parte de la AEMPS:
 - FISH HER2: para el tratamiento con inhibidores de HER2 en el cáncer de mama avanzado y el cáncer de estómago avanzado.
 - EGFR: para el tratamiento con inhibidores del EGFR en el cáncer de pulmón.
 - KRAS y NRAS: para el tratamiento con anticuerpos monoclonales antiEGFR en el cáncer de colon avanzado.
 - c-Kit: para el tratamiento con inhibidores del c-Kit en los tumores del estroma intestinal (GIST).
 - BRAF: en casos de melanoma avanzado.
 - ALK y ROS1: en cáncer de pulmón no microcítico.
 - PDL-1: en cáncer de pulmón de células no pequeñas y melanoma.
 - Inestabilidad de microsatélites: en cáncer colorrectal, especialmente en el familiar no polipósico.
 - BRCA: exigido por ficha técnica de determinados fármacos para el cáncer de ovario.
- Radioterapia: Acelerador lineal de partículas, radiocirugía estereotáxica incluyendo el bisturí de rayos gamma Gammaknife, radioterapia de intensidad modulada IMRT; braquiterapia superficial e intracavitaria y para el tratamiento del cáncer de próstata con semillas de yodo o paladio. **Se excluyen los tratamientos con hipertermia.**
- R.M.N. especial:
 - AngioRMN: estudio no invasivo (sin introducción de catéter) de las alteraciones de los vasos sanguíneos de cualquier localización con inyección de contraste.
 - CardioRMN: indicada en casos de angina o infarto, como prueba de estrés, y para el estudio de cardiopatías congénitas
 - ArtroRMN: R.M.N. con inyección de contraste intraarticular para el diagnóstico de lesiones óseas, tendinosas y cartilaginosas no visualizadas en R.M.N. convencional.
 - ColangioRMN: para el diagnóstico oncológico y de litiasis en las vías biliares y pancreáticas en pacientes sin vesícula.
 - EnteroRMN: indicada para el diagnóstico diferencial de patología inflamatoria intestinal y obstructiva evidenciadas por otras exploraciones.
 - RMN cerebral y cardíaca funcionales (incluyendo la medicación para la realización de la prueba cardíaca, de ser necesaria).
 - RMN métrica de próstata con biopsia de fusión: indicada en casos de sospecha clínica de carcinoma prostático oculto, con PSA elevado durante más de 6 meses (PSA entre 4-10 ng/ml), con cociente PSA (libre/total) inferior al 20% durante más de 3 meses) y biopsias anteriores ecoguiadas negativas. Si el resultado la RMN es PIRADS 4 o 5 se puede realizar directamente la biopsia de fusión.
 - RMN de cuerpo entero: indicada exclusivamente para el seguimiento de los pacientes asintomáticos con mieloma múltiple latente, plasmocitoma solitario, diagnóstico y monitorización de neoplasias hematológicas, diagnóstico de enfermedad metastásica en pacientes oncológicos, diagnóstico de miopatías inflamatorias, compresión medular.
- SPECT (tomografía de emisión por fotón único): prueba de diagnóstico de medicina nuclear que obtiene imágenes sobre el funcionamiento de distintas partes del cuerpo (cerebro, corazón, hígado, riñón, etc.) como los trastornos del movimiento o la búsqueda de patología tumoral con la administración de un isótopo radiactivo. Según el isótopo administrado, puede denominarse también Octreoscan o DaTSCAN (Espectografía de perfusión cerebral y de transportadores presinápticos de dopamina para el estudio de los trastornos del movimiento como el Parkinson).

- SPECT-TAC: fusión de las imágenes del funcionalismo, que se obtienen por medicina nuclear (SPECT) con las anatómicas, obtenidas mediante el TAC. En cobertura para el estudio de determinadas enfermedades óseas inflamatorias, infecciosas (sobre todo columna) y tumorales.
- T.A.C. especial multicorte:
 - AngioTAC, para el estudio arterial y venoso de cualquier localización.
 - ArthroTAC, para el estudio intraarticular con contraste de lesiones con imágenes dudosas con otros estudios.
 - DMD cardíaco o coronariografía no invasiva para el estudio de las arterias coronarias cuando la prueba de esfuerzo no es concluyente.
 - DMD de colon o colonografía no invasiva, si está contraindicado el estudio endoscópico.
 - EnteroTAC: indicado para el diagnóstico de la hemorragia digestiva del intestino delgado de origen oculto.
 - UroTAC del sistema urinario, si están contraindicadas otras técnicas diagnósticas.
- T.A.C. body de baja intensidad: nuevo tipo de TAC con menor dosis de radiación cubierto exclusivamente para la detección y caracterización de las lesiones producidas por el mieloma múltiple.
- Tratamientos con ondas de choque indicados exclusivamente para calcificaciones músculo/tendinosas crónicas (más de 6 meses de evolución) en los que han fracasado otros tratamientos. Por su especificidad, este tratamiento especial tiene que estar prescrito por un médico rehabilitador.
- Tratamientos con radiofrecuencia para reducción quirúrgica del tejido amigdalario, adenoides, senos y cornetes.
- Tratamiento del dolor: Quimionucleolisis y rizolisis con radiofrecuencia en afecciones de la columna vertebral. Bloqueos neurológicos. Radiofrecuencia de tumores óseos benignos, neuromas y para el tratamiento del dolor no vertebral, cuando han fracasado otras alternativas terapéuticas, en casos de dolor de más de 6 meses evolución (1 solo proceso/asegurado/año y zona). Estos tratamientos se efectuarán en las Unidades especializadas en estas terapias en régimen ambulatorio.

10. Servicio de fisioterapia y rehabilitación funcional.

A cargo de especialista idóneo (médico rehabilitador), previa prescripción escrita de un facultativo, en los centros acreditados para tal fin, sólo para las enfermedades del aparato locomotor subsidiarias de estos tratamientos y para rehabilitación de la incontinencia urinaria.

Se incluyen los servicios de foniatría y/o logopedia, cuando sean necesarios como consecuencia directa de una intervención quirúrgica de laringe. Asimismo y en **caso de patologías orgánicas de las cuerdas vocales (traumáticas, oncológicas o infecciosas) que afecten al habla, al lenguaje o a la voz, se otorgarán un máximo de 20 sesiones al año.** En todos los casos se requerirá la prescripción del otorrinolaringólogo.

La rehabilitación de la incontinencia urinaria constituye una serie de ejercicios para fortalecer la musculatura perineal en caso de incontinencia urinaria leve o moderada (grados I/II), que se ofrecen como un único paquete de hasta 8 sesiones durante toda la vigencia de la póliza.

Quedan expresamente excluidos cualquier medio de transporte de ida o vuelta a los servicios de rehabilitación y/o fisioterapia, así como las gimnasias y terapias de mantenimiento y ocupacional, la rehabilitación de enfermedades crónicas cuando se hayan estabilizado las lesiones y hayan entrado en un estado de estabilización insuperable, y la rehabilitación neurológica.

Se considera aparato locomotor al conjunto de elementos (músculos, ligamentos, huesos y articulaciones) asociados entre sí, que permite movimiento y desplazamiento, y protege otros órganos del cuerpo.

11. Poliquimioterapia oncológica ambulatoria.

Comprende los tratamientos de drogas citostáticas por vía endovenosa, subcutánea o intramuscular en aquellas unidades especiales debidamente autorizadas para tal fin y que no precisan pernoctar en el hospital. AXA Seguros Generales autorizará los ciclos que sean necesarios, siendo el médico responsable de la asistencia del enfermo quien prescribirá los tratamientos quimioterápicos oncológicos a realizar y, en lo que se refiere a los medicamentos, sólo correrá con los gastos correspondientes a los productos farmacéuticos citostáticos, adyuvantes y coadyuvantes que se expenden en el mercado nacional y estén debidamente autorizados por el Ministerio de Sanidad, usados según las indicaciones que figuran en la ficha técnica del producto.

Se excluyen específicamente las terapias celulares y genéticas así como los tratamientos de inmunooncología y con hipertermia.

12. Servicio de ambulancia.

En caso de necesidad urgente y médicamente justificada para el traslado del enfermo a las clínicas y hospitales concertados por AXA Seguros Generales. En los casos en los que sea imposible el traslado en otro tipo de vehículo, y bajo prescripción médica, correrá a cargo de AXA Seguros Generales el regreso de la clínica u hospital al domicilio del asegurado.

13. Anestesiología y reanimación.

Incluye la utilización de PCA Analgesia, en proveedores concertados para esta técnica, exclusivamente para casos de

cirugía torácica y/o abdominal abierta (laparotomía), fijaciones vertebrales y prótesis total de rodilla o cadera en cirugía traumatológica.

14. Hospitalización quirúrgica.

Las intervenciones quirúrgicas cuya índole lo requiera serán practicadas en Clínica u Hospital concertado por AXA Seguros Generales, ocupando el enfermo una habitación individual con cama de acompañante. Serán a cargo de AXA Seguros Generales la estancia y manutención completa del enfermo y de su acompañante (cuando el centro disponga de este servicio en la habitación), las curas y el material para las mismas, los gastos de quirófano, los productos anestésicos y los medicamentos empleados en él, así como el resto de medicamentos administrados durante toda su estancia en Clínica. Los medicamentos deberán estar debidamente autorizados por la AEMPS (Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios) e incluidos en la financiación del SNS. También queda cubierto el internamiento en Unidades de Cuidados Intensivos, si la intervención lo requiriera.

Quedan cubiertas las siguientes prótesis:

- Cardíacas: válvulas (mecánicas y biológicas), marcapasos, desfibrilador marcapasos ADI, marcapasos TRC, by-pass vascular, stent coronario, oclusores septales, balón de angioplastia farmacoactivo. **Quedan excluidas las válvulas implantadas por vía percutánea y transapical, así como los conductos o tubos valvulados.**
- Vasculares: by-pass vascular y stents periféricos (**excepto aorta**), coils, microesferas no medicalizadas para embolización arterial.
- Traumatológicas: articulares, material de osteosíntesis (barras, placas y tornillos), material para la fijación (artrodesis) de la columna (espaciadores intersomáticos e interespinoso, este último únicamente en estenosis de canal lumbar con claudicación neurógena de más de 6 meses), anclajes articulares para la fijación de grandes articulaciones, sustitutos óseos sintéticos.
- Oftalmológicas: lente intraocular monofocal (LIO) en intervenciones de cataratas.
- Otorrinolaringológicas u osculares: de los huesos martillo, yunque y estribo del oído medio.
- Oncológicas: mamas derivadas de mastectomía oncológica (profiláctica o no) (**excluye la mama contralateral**) y expansores, testicular, reservorios para infusión oncológica (port-a-cath, bomba de infusión).
- Cerebrales: stents, coils, materiales biológicos o sintéticos reabsorbibles de duramadre (únicamente en cirugía intracraneal o espinal tumoral).
- Urológicas: suspensorios urológicos en cirugía de la incontinencia urinaria (malla TVT o TOT). **Limite de una malla por asegurado durante toda la vigencia del contrato.**
- Otras prótesis: mallas quirúrgicas de reparación de la pared abdominal en cirugía de las hernias abdominales. Sustitutos óseos para rellenos óseos tras cirugía oncológica craneal o maxilofacial (incluye materiales como selladores y sustitutos óseos sintéticos)

Quedan excluidas las prótesis biológicas de cualquier tipo (excepto cardíacas).

15. Hospitalización médica en unidades de cuidados intensivos (UCI).

El internamiento en Unidades de Cuidados Intensivos, concertadas por AXA Seguros Generales, que exija el tratamiento de enfermedades y afecciones de cualquier etiología, estando incluidos los gastos de medicación durante toda la estancia.

Por su condición, no queda incluida la cama del acompañante.

16. Hospitalización médica.

Para el diagnóstico y/o tratamiento de los procesos agudos o crónicos reagudizados en una Clínica u Hospital concertado por AXA Seguros Generales, previa prescripción por escrito de un facultativo, estando incluida la manutención completa del paciente, así como los gastos de medicación durante toda la estancia. Los medicamentos deberán estar debidamente autorizados por la AEMPS e incluidos en la financiación del SNS. El Asegurado tiene derecho a habitación individual con cama de acompañante siempre que las características del centro lo permitan.

Quedan expresamente excluidos los internamientos fundados en problemas de tipo social, aquellos que sean sustituibles por una asistencia ambulatoria, así como las curas de reposo y/o sueño.

17. Hospitalización psiquiátrica.

El tratamiento en una clínica u Hospital concertado por AXA Seguros Generales, previa prescripción por escrito de un facultativo, durante un periodo máximo de 60 días al año, estando incluida la manutención completa del paciente así como los gastos de medicación durante el período cubierto. Los medicamentos deberán estar debidamente autorizados por la AEMPS e incluidos en la financiación del SNS. En los casos en que el estado del enfermo lo permita, se facilitará habitación individual siempre que las características del centro lo permitan. **En caso de ingreso por trastorno de la conducta alimentaria el ingreso podrá ser realizado únicamente en el Institut de Trastorns Alimentaris ITA.**

Quedan excluidos los internamientos fundados en problemas de tipo social, aquellos que sean sustituibles por una asistencia ambulatoria, así como las curas de reposo y/o sueño.

18. Embarazo y parto.

La cobertura del embarazo comprende las consultas de seguimiento por el especialista en toda clase de embarazos, con las pruebas diagnósticas y terapéuticas habituales recogidas en el protocolo de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Se incluyen 3 ecografías de alta resolución, que deberán realizarse en un centro de diagnóstico prenatal acreditado para tal fin y comprende la ecografía de la semana 12 (test combinado de primer trimestre), la de semana 20 y la del 3er trimestre. Asimismo, se incorpora el test prenatal no invasivo en sangre materna para el diagnóstico de trisomía 13-18-21 si el riesgo de anomalía fetal es superior a 1/250 y la amniocentesis precoz en aquellos casos que cumplan los criterios de la SEGO o con test prenatal no invasivo positivo.

Están expresamente excluidos los partos en medios acuáticos, a domicilio y por medios alternativos.

La asistencia al parto (ya sea normal, difícil o prematuro), en clínica u hospital, atendido por facultativo y matrona, comprenderá el ingreso en clínica concertada con AXA Seguros Generales en habitación individual con cama de acompañante. Serán a cargo de AXA Seguros Generales la estancia y manutención completa de la asegurada y de su acompañante (siempre y cuando el centro disponga de este servicio en la habitación), los gastos de quirófano o de sala de partos, los productos anestésicos, material y medicación durante todo el ingreso, siendo también a cargo de AXA Seguros Generales los honorarios del anestesista. Los medicamentos deberán estar debidamente autorizados por la AEMPS e incluidos en la financiación del SNS. Durante los 30 días siguientes al nacimiento, serán también a cargo de AXA Seguros Generales los gastos de nido e incubadora del recién nacido, los honorarios del neonatólogo y los gastos de Pediatría. **A partir del trigésimo primer día natural, estos gastos sólo tendrán cobertura por la póliza si el recién nacido ha sido dado de alta en la Póliza como asegurado, conforme a lo establecido en el artículo de personas aseguradas de las presentes Condiciones Generales.**

En el supuesto de que el menor no sea incluido en la póliza como asegurado durante los 30 días siguientes al nacimiento, AXA Seguros Generales podrá reclamar al tomador el importe de los gastos médico-sanitarios en los que haya incurrido. Si las prestaciones no han sido pagadas por AXA, el Tomador vendrá obligado a pagar dichos gastos.

También están incluidos los ejercicios de recuperación postparto del suelo pélvico para la prevención de la incontinencia urinaria (máximo 8 sesiones) y hasta 6 meses después del parto, siempre que éste haya sido cubierto por AXA Seguros Generales.

19. Transfusiones de sangre y/o plasma.

A cargo de AXA Seguros Generales el acto médico de la transfusión en todos los casos así como la sangre y/o plasma a transfundir dentro de la clínica u hospital.

20. Poliquimioterapia oncológica en Clínica u Hospital.

Comprende los tratamientos quimioterápicos oncológicos que pueda precisar el enfermo ingresado y tantos ciclos como sean necesarios, siendo el médico responsable de la asistencia del enfermo quien prescribirá los tratamientos quimioterápicos a realizar.

En estos tratamientos, AXA Seguros Generales, por lo que se refiere a los medicamentos, sólo correrá con los gastos correspondientes a los productos farmacéuticos citostáticos, adyuvantes y coadyuvantes que se expenden en el mercado nacional y estén debidamente autorizados por el Ministerio de Sanidad, y usados las indicaciones que figuran en la ficha técnica del producto.

Se excluyen específicamente las terapias celulares y genéticas así como los tratamientos de inmunooncología y con hipertermia.

21. Terapias respiratorias a domicilio

Comprende el suministro mensual del dispositivo (incluyendo revisiones de mantenimiento), que se autorizará mientras sea necesaria la terapia.

Oxigenoterapia: indicada en patología respiratoria. Incluye la oxigenoterapia gaseosa, con concentrador y líquida. **La oxigenoterapia líquida domiciliar será a cargo de AXA Seguros Generales siempre y cuando se tenga que administrar más de 15 horas diarias. En cualquier caso, AXA Seguros Generales solamente autorizará un tipo de oxigenoterapia.** Dispositivos de presión positiva continua en vía aérea (CPAP) en el para el tratamiento del síndrome de apnea-hipopnea obstructiva del sueño (si el índice apnea-hipopnea es mayor de 30) y el de presión positiva variable en vía aérea (BiPAP). Se incluye también la poligrafía domiciliar para el ajuste de dosis y la titulación.

Aerosolterapia: indicada en procesos infecciosos respiratorios agudos y otras enfermedades como el asma. **La medicación a nebulizar será a cargo del asegurado.**

22. Asistencia de urgencia a desplazados.

Servicio de Urgencia que se prestará a todo Asegurado que se desplace temporalmente fuera de su provincia de residencia y dentro del Territorio Nacional, en las mismas condiciones que procedan para cada tipo de servicio según lo establecido en esta Póliza, en los Centros indicados específicamente por AXA Seguros Generales en los casos de desplazamientos.

23. Programas AXA de medicina preventiva.

- **Chequeo médico.** Previa autorización de AXA Seguros Generales, según su protocolo y en un centro designado por la misma, el Asegurado mayor de 14 años tiene derecho a un chequeo médico cada dos años, **siendo éste anual cuando el Asegurado tenga una edad superior a los 40 años. Los menores de 14 años no tendrán derecho a este servicio.**
- **Programa de Diagnóstico precoz del cáncer de mama,** con la realización de mamografía anual a las Aseguradas mayores de 35 años. Para las Aseguradas mayores de 40 años, con mamas densas y de alto riesgo o con antecedentes de cáncer mamario, AXA Seguros Generales autoriza la realización de Mamografía 3D (Tomosíntesis).
- **Programa de Diagnóstico precoz de las enfermedades ginecológicas,** dirigido a: Aseguradas mayores de 20 años que ya hayan tenido un embarazo, o que presenten otros factores de riesgo. Incluye la revisión ginecológica anual, que adicionalmente se podrá completar con una ecografía y analítica específica.
- **Programa de Diagnóstico precoz del cáncer de cuello de útero:** dirigido a aseguradas entre 30 y 65 años, este programa incluye la detección precoz del virus del papiloma humano (VPH-AR) mediante una prueba clínicamente validada y que se realiza adicionalmente al programa de diagnóstico precoz de las enfermedades ginecológicas cada 5 años. En caso necesario, también incluye los estudios complementarios necesarios y recomendados por las Sociedades Científicas.
- **Programa de Diagnóstico precoz del cáncer de próstata,** mediante la realización de ecografía transrectal y determinación del PSA.
- **Programa de Diagnóstico precoz del cáncer de colon,** con la determinación de sangre oculta en heces.
- **Programa de Diagnóstico precoz del riesgo cardiovascular**
Dirigido a mayores de 40 años y con periodicidad trianual, incluye una valoración cardiológica completa, con exploración física y pruebas complementarias (ecocardiograma y/o eco doppler de troncos supraaórticos), con analítica específica de valoración de la ateromatosis (a realizar en laboratorio)
- **Programa de Diagnóstico precoz de la diabetes:** para mayores de 45 años, a los que se les realizará cada 4 años una consulta/exploración con analítica específica con determinación de glucemia basal y en caso necesario, de hemoglobina glicosilada. Para personas de alto riesgo: con antecedentes de diabetes tipo 1 y/o síndrome metabólico y/o glucemia basal alterada, estos estudios se realizarán de forma anual sin límite de edad.
- **Programa de Diagnóstico precoz de hipoacusia** (déficit auditivo) en recién nacidos mediante Otoemisiones Acústicas Espontáneas (OAE) o PEATC-A, de acuerdo con la normativa vigente de cada Comunidad Autónoma, durante el primer mes de vida.
- **Programa de Diagnostico precoz del cáncer de piel:** (melanoma) mediante microscopía de epiluminiscencia, tal como se describe en el en el apartado Dermatología médico-quirúrgica y venereología.
- **Programa de Diagnóstico precoz de glaucoma,** en mayores de 40 años o menores con antecedentes. Incluye la medición de la presión intraocular (PiO) complementada con la prueba OCT (siempre que la presión intraocular sea elevada).
- **Programa de salud dental:** Programa diseñado para cualquier edad para la prevención de la caries la enfermedad periodontal y de otras patologías relacionadas con los dientes. Incluye una consulta odontológica con la exploración del estado de salud bucodental una limpieza de boca anual educación bucodental para su correcta implantación enseñanza de técnicas de cepillado y planificación de la dieta para el control de caries.
- **Programa de salud dental para embarazadas:** este programa establece pautas de prevención, valorando el estado gingival, ofreciendo consejos sobre higiene oral y la dieta, así como informar de las enfermedades orales más prevalentes en su futuro hijo. Se recomienda la visita al odontólogo antes de iniciar el embarazo y máximo durante el primer trimestre, para poder actuar tan pronto como sea posible y evitar riesgos futuros.
- **Programa de Preparación maternal al parto**
Programa dirigido a mujeres gestantes, a partir del 2º trimestre de embarazo, para la preparación física y psicológica del parto y mejorar la recuperación postparto. Incluye técnicas de respiración y de relajación, gimnasia prenatal y facilita consejos para atender al bebé. Esta garantía se otorgará para realizar de forma presencial o telemática, contemplando la realización de una modalidad por cada embarazo.

24. Cobertura dental.

Si tiene contratada la cobertura dental en las Condiciones Particulares, el Asegurado tendrá a su disposición una Red de Servicios Odontológicos que le ofrecen la asistencia dental bucodental con precios reducidos.

25. Telerrehabilitación cognitiva infanto-juvenil

Programa de entrenamiento a distancia dentro del ámbito de la telemedicina, **ofrecido exclusivamente por el Instituto**

Guttman para los asegurados menores de 18 años con problemas de memoria, aprendizaje, dificultades para las actividades de la vida diaria y para la organización como consecuencia de daño cerebral (adquirido durante la vigencia de la póliza) por traumatismo craneoencefálico, tumores o enfermedades infecciosas del sistema nervioso central, accidentes vasculares de cualquier etiología y después de cirugía cerebral. **Se ofrece como un paquete único para toda la duración de la póliza.**

26. Psicología

Quedan cubiertas por cuadro médico las consultas presenciales de Psicología (previa autorización de AXA), prescritas por un Psiquiatra, Médico de Familia, Pediatra u Oncólogo y realizadas por miembros de los colegios oficiales de psicología. Esta cobertura se otorga para un **máximo de veinte consultas en total por anualidad y Asegurado con independencia de que sean realizadas por cuadro médico, reembolso o por una combinación de ambas.**

Prestaciones, riesgos y garantías aseguradas mediante reembolso de gastos

El Asegurado tendrá derecho a elegir libremente, al margen del Cuadro Médico concertado por AXA Seguros Generales, las siguientes prestaciones, en el domicilio habitual del Asegurado y se le reembolsarán los gastos cubiertos hasta el capital estipulado en las Condiciones Particulares:

- a) Las consultas urgentes de Medicina General y Pediatría en el domicilio habitual del asegurado cuando la enfermedad impida a éste acudir al consultorio del médico, reembolsándose el 80% del importe de los gastos **hasta el límite cuantitativo fijado en las Condiciones Particulares**, si no existe facultativo disponible del servicio de urgencia de AXA Seguros Generales en la localidad de residencia.
- b) El servicio de Enfermería en el domicilio habitual del Asegurado, cuando el servicio domiciliario sea solicitado por un médico, reembolsándose el 80% del importe de los gastos **hasta el límite fijado en las Condiciones Particulares, si no existe facultativo disponible del servicio de urgencia de AXA Seguros Generales en la localidad de residencia.**
- c) Conservación de sangre de cordón umbilical
El asegurado tendrá derecho a elegir libre pero exclusivamente entre los Bancos de Células Madre que facilita AXA Seguros Generales para la conservación de células de cordón umbilical (SCU) en unas condiciones económicas preferentes.
La Aseguradora facilitará los datos de contacto al asegurado, siendo éste quien establezca el contrato de servicio con el Banco de SCU, y en todos los casos, el abono directo del coste de la prestación.
Siempre y cuando uno de los progenitores esté asegurado y se dé de alta al recién nacido en la misma, la cobertura alcanza el reembolso del 50% del coste del kit de conservación y del procesamiento de la muestra y su congelación, **(hasta el límite de 650 euros)**, y del 80% de la cuota anual de mantenimiento **(si la hubiere, y con un máximo de 70 euros/anualidad de póliza)**, **hasta un máximo de 20 años, siempre que la póliza siga en vigor.**
Queda expresamente excluido el reembolso de gastos de Bancos de SCU que no figure entre los que recomienda AXA Seguros Generales
- d) Si está contratada la cobertura dental en las Condiciones Particulares del seguro, AXA Seguros Generales reembolsará los gastos por empastes simples o complejos con el límite establecido en las mismas, efectuados por el cuadro de odontoestomatólogos, **hasta un máximo de cuatro empastes por un año.**
- e) Quedan cubiertas por reembolso de gastos las consultas presenciales de Psicología, prescritas por un Psiquiatra, Médico de Familia, Pediatra u Oncólogo y realizadas por miembros de los colegios oficiales de psicología, que serán reembolsadas con un 80% del importe de los gastos **hasta un límite máximo de 20 euros.** Esta cobertura se otorga para un **máximo de veinte consultas en total por anualidad y Asegurado con independencia de que sean realizadas por cuadro médico, reembolso o por una combinación de ambas.**
- f) Valoración de la madurez pulmonar fetal: en el caso que no exista servicio médico acreditado, AXA Seguros Generales reembolsará el 80% del test con **límite 100 euros**, siempre y cuando se cumplan las condiciones de cobertura descritas en el apartado 9 "Medios de diagnóstico y tratamiento de alta tecnología médica" del art. Prestaciones, riesgos y garantías aseguradas mediante cuadro médico. Para ello es imprescindible la presentación de la información médica acreditativa.
- g) Monitorización neurofisiológica intraoperatoria en las intervenciones quirúrgicas de cabeza y cuello autorizadas por AXA Seguros Generales, tales como malformaciones y tumores cerebrales, lesiones y malformaciones vasculares, cirugía de laringe y del oído interno, cirugía del tiroides y en cirugías de la columna que afecten como mínimo 3 niveles; así como en las reintervenciones de columna vertebral en las que es necesario extraer el material protésico que se ha implantado en la cirugía previa entre otros sin constituir una lista cerrada de procedimientos AXA Seguros Generales reembolsará el 90% del importe **con el límite de 600 euros.**
- h) Factores de crecimiento óseo. Administración durante intervención quirúrgica de aparato locomotor en una única aplicación. Reembolso del 80%, **con el límite de 350 euros**, de los gastos derivados de la utilización de factores de crecimiento óseo procedente de plasma autólogo rico en plaquetas. Esta garantía únicamente tendrá validez cuando estos factores de crecimiento se apliquen como complemento en el curso de intervenciones quirúrgicas por lesiones del aparato locomotor autorizadas por AXA Seguros Generales.
- i) Asistencia postparto a domicilio
Prevía autorización de AXA Seguros Generales, se reembolsará el 80% del coste de la visita de la matrona, **con un límite de 100 euros**, para la asistencia postparto, según se describe en el apartado Servicios prestados directa y

únicamente por la Compañía. **Esta garantía se otorgará únicamente en el caso de no existir matronas disponibles en la población de residencia que consta en la póliza.**

- j) Tratamientos con ondas de choque, con las indicaciones especificadas en el apartado Prestaciones, riesgos y garantías aseguradas mediante cuadro médico: AXA Seguros Generales reembolsará con el **80% hasta 5 sesiones de tratamiento y con el límite de 40 euros por sesión**, siempre y cuando no exista proveedor concertado en la zona. Es imprescindible la presentación de la información médica correspondiente.
- k) En el caso que no exista servicio médico acreditado, AXA Seguros Generales se hará cargo del coste de la utilización del láser endovascular para la ablación quirúrgica de varices sintomáticas (grados III a VI de la Clasificación CEAP) en el contexto de intervenciones de cirugía vascular periférica, autorizada por AXA Seguros Generales reembolsando el **80% del coste del láser con el límite de 500 euros.**
- l) Plataformas genómicas (Oncotype® Prosigna®)
Cobertura de pronóstico para el cáncer de mama que determina a necesidad de tratamiento quimioterápico oncológico adyuvante. Esta garantía se otorgará siempre y cuando no exista contraindicación para la quimioterapia oncológica endovenosa y exclusivamente en casos de cáncer de mama recién intervenido (estadio T1-T2), sin afectación ganglionar ni metástasis, con tamaño tumoral mayor de 1 cm y hasta 5 cm, con receptores estrogénicos positivos y HER2 negativo. AXA Seguros Generales reembolsará el **80% del importe con un límite de 2.000 euros.** Para ello es imprescindible la presentación de la información médica acreditativa

Servicios prestados directa y únicamente por la Compañía

AXA Seguros Generales, pone a disposición de sus asegurados los siguientes servicios:

- **Orientación médica:** Por medio de este servicio, el asegurado tiene acceso las 24 horas del día todos los días del año a un equipo de profesionales médicos, para consultar, a través del teléfono habilitado por la compañía, la información médica necesaria en relación a cualquier tipo de solicitud formulada.
Este servicio tiene por objeto dar apoyo y orientación a los asegurados en la toma de decisiones respecto a su salud, facilitándoles información médica referente a enfermedades, tratamiento y prevención y promoción de la salud; ofreciendo asesoramiento en la comprensión de informes de laboratorio, terminología médica, evaluación de informes y diagnósticos o asesoramiento respecto al centro y/o especialista del Cuadro Médico de AXA Seguros Generales más indicado para la resolución de su problema de salud y/o derivación a servicios de urgencias si el caso lo aconseja.
- **Segunda Opinión Médica:** AXA Seguros Generales, posibilita a sus asegurados la obtención de un informe de evaluación del asegurado en caso de ser diagnosticado de alguna enfermedad grave o frente a situaciones de alta complejidad médica. El informe será realizado a distancia, por parte de expertos médicos del máximo prestigio internacional seleccionados por la Compañía y sin necesidad de desplazarse. Para la utilización de este servicio, el usuario deberá aportar su historial médico y el correspondiente primer diagnóstico efectuado por los médicos que le hayan atendido.
Este servicio incluye:
 - El acceso a un Consultor Médico Interno que aconsejará al paciente y a su familia, en la correcta cumplimentación del formulario de solicitud, pruebas a adjuntar, formulación de las preguntas a realizar al experto, e incluso facilitará la recopilación de dicha información. Además dará apoyo al asegurado antes y después de la recepción del informe.
 - El envío de toda la documentación diagnóstica al especialista o especialistas seleccionados por la Compañía para emitir el informe de Segunda Opinión Médica.
 - Envío del informe al domicilio del asegurado
- **Descuentos en Centros en EEUU:** Ligado a la solicitud de una Segunda Opinión Médica. Si con posterioridad, el asegurado opta por llevar a cabo algún diagnóstico o tratamiento en EEUU, AXA Seguros Generales ofrece a sus asegurados la posibilidad de acceder a precios más favorables en una serie de centros hospitalarios de EEUU. AXA Seguros Generales acordará una tarifa especial con el centro y colaborará en la gestión de las citas de ingreso con el mismo, previa comunicación del cliente a la Compañía.
La relación de centros para los que existe este convenio de colaboración será facilitada por AXA Seguros Generales en el momento de la solicitud por parte del cliente.
- **Asistencia Psicológica Telefónica:** Servicio exclusivo concertado por la Compañía para tal efecto, prestado por psicólogos colegiados, únicamente a través de la línea telefónica publicada en la Guía de Uso y/o en www.axa.es. Este servicio consiste en la realización de una escucha profesional activa en momentos de crisis o de malestar psicológico, no compasiva y no intervencionista, conservando una distancia y neutralidad objetiva con el Asegurado; ayudándole a identificar y entender su situación, asesorar en el análisis de las situaciones conflictivas, facilitarle la gestión del estrés personal y profesional y apoyar y optimizar un tratamiento existente o completar el acompañamiento psicológico al finalizar tratamientos pasados. En ningún caso se trata de una psicoterapia telefónica. En caso de considerarse necesaria una intervención terapéutica, se orientará a los asegurados a un psicólogo clínico vinculado al Cuadro Médico de AXA Seguros Generales.
- **Health Check:** Cuestionario "on line" para valoración, por parte del Equipo Médico de AXA Seguros Generales, del estado de salud del Asegurado en base a las respuestas obtenidas del mismo.
- **Asistencia especial a domicilio:**
Comprende la asistencia prestada por equipos sanitarios de facultativos médicos y servicios de enfermería (para la

TEST

aplicación de inyectables, suero terapia, sondajes y curas), específicamente designados por AXA Seguros Generales, en el domicilio del Asegurado que consta en la Póliza cuando la patología del enfermo requiera cuidados especiales, que no precisa ingreso y que sea consecuencia de una estancia hospitalaria, previa prescripción del médico. Queda incluida la terapia de presión negativa como complemento al tratamiento de heridas y úlceras de larga evolución que no reducen a la mitad de su tamaño después de un mes de tratamientos convencionales.

Esta garantía se otorgará siempre y cuando exista la posibilidad de obtener servicios de estas características en el domicilio indicado. **Quedan excluido cualquier gasto derivado de la hostelería, lencería, alimentación, permanencia continua de los profesionales en el domicilio, así como la asistencia derivada a los problemas de tipo social y de procesos crónicos e irreversibles.**

- **Asistencia postparto a domicilio:**

Servicio personalizado que incluye una visita a domicilio postparto de 2 a 3 horas de duración y apoyo telefónico para los padres, tanto antes del parto como después del mismo. Se dan recomendaciones y consejos para completar sus conocimientos y aumentar su visión sobre el cuidado del neonato, facilitando la integración del bebé en la familia; así como recomendaciones para la recuperación de suelo pélvico y ejercicios posparto para la madre. **La visita a domicilio se realizará únicamente si el parto ha estado cubierto por AXA Seguros Generales**

- **Otros servicios especiales**

- **Servicios franquiciados de bienestar y salud: AXA BIENESTAR**

Los servicios franquiciados de bienestar y salud de AXA BIENESTAR, le ayudan a mejorar su bienestar y calidad de vida. AXA BIENESTAR complementa su seguro de salud, sin plazo de carencia, e incluye una gran variedad de tratamientos alternativos, terapias complementarias, así como otros servicios a precios exclusivos y con descuentos sobre las tarifas de mercado.

Puedes consultar los centros que ofertan los servicios franquiciados de bienestar y salud, y realizar la compra de dichos servicios, en www.axa.es.

Riesgos y daños excluidos

Quedan expresamente excluidos de la cobertura de este seguro todos aquellos tratamientos, pruebas diagnósticas, técnicas médicas y el uso de aparatos necesarios para la realización de las mismas que no vengán expresamente detallados en el apartado "Descripción de las Coberturas Contratadas" y que no se haya comunicado su incorporación a las coberturas por escrito al Tomador, tal como establece el Real Decreto 1060/2015 de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras en su art. 126.2, así como los gastos derivados de su utilización. Además, se excluyen de las coberturas de este seguro los siguientes supuestos:

1. Todas las enfermedades, lesiones, estados o condiciones de salud, defectos o deformidades y sus secuelas preexistentes a la inclusión del Asegurado en la Póliza, salvo que dichas enfermedades hayan sido declaradas por el Asegurado o Tomador del Seguro a AXA Seguros Generales en el Cuestionario del seguro en cualquiera de los formatos citados y no hayan sido excluidas por ésta.
2. El suministro o importe de los productos farmacéuticos (salvo los administrados durante la hospitalización del Asegurado en centros hospitalarios, o los citostáticos endovenosos en los casos de poli quimioterapia oncológica ambulatoria) incluso que sean de suministro hospitalario. Se excluyen también las vacunas y, en caso de procesos alérgicos, los extractos.
3. Diálisis y hemodiálisis en afecciones crónicas. Utilización y tratamientos en cámara hiperbárica.
4. La eutanasia y la interrupción voluntaria del embarazo, incluso en los supuestos legales, así como todos los gastos relacionados. También se excluyen los estudios del mapa genético y también el estudio, diagnóstico y tratamiento (inclusiva la cirugía) de la disfunción eréctil y el tratamiento de la esterilidad y la reproducción asistida.
5. Las intervenciones de Cirugía Plástica y Reparadora, salvo las necesarias para eliminar las secuelas de un accidente o de una intervención quirúrgica cubiertos en la póliza contratada, y sufridos por el Asegurado durante el período de vigencia de la misma y con defecto funcional de la parte del cuerpo afectada. También se excluyen las intervenciones, tratamientos e infiltraciones de Cirugía Estética y las secuelas de las mismas. Queda excluida la cirugía de reducción y reconstrucción mamaria en cualquiera de sus indicaciones (excepto en caso de mastectomía por cáncer en la mama afectada) y la cirugía para el cambio de sexo, así como todos los gastos relacionados.
6. Cualquier complicación y/o secuelas derivadas de actos médicos no cubiertos por estas Condiciones Generales, así como todos los gastos relacionados con procedimientos sin cobertura.
7. Todo lo relacionado con la estimulación precoz, psicoanálisis, hipnosis, test psicológicos, rehabilitación psicossocial o neuropsiquiátrica, narcolepsia y curas de reposo o sueño. La cobertura de Psicología se presta de acuerdo con lo establecido en los apartados: Prestaciones, riesgos y garantías aseguradas mediante reembolso de gastos y Prestaciones, riesgos y garantías aseguradas mediante cuadro médico.
8. El tratamiento y rehabilitación, en régimen ambulatorio u hospitalario, y de sus complicaciones y secuelas del alcoholismo, tabaquismo, drogadicción y otras adicciones, así como el intento de suicidio, o las autolesiones. Los tratamientos dietéticos y médicos, en régimen ambulatorio u hospitalario, para adelgazar o engordar así como el tratamiento quirúrgico de la obesidad.
9. Las técnicas médicas y el uso de aparatos necesarios para la realización de las mismas que no hayan sido incorporadas en las Condiciones Especiales o Particulares de la póliza contratada, o hayan quedado

manifiestamente superadas por otras disponibles.

Las técnicas se incorporarán en el apartado 1.2 cuando se considere contrastada su utilidad y eficacia clínica por la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud.

No quedarán cubiertas aquellas pruebas y técnicas que se encuentren en fase de investigación, o cuya utilidad diagnóstica o terapéutica, y su relevancia clínica o evidencia científica no esté debidamente demostradas y contrastadas en el momento de la entrada en vigor del contrato. Tampoco está en cobertura la medicina regenerativa y genómica, la cirugía robótica guiada por imagen o asistida por ordenador o navegadores virtuales, salvo lo expresamente incluido en el artículo de Prestaciones, riesgos y garantías aseguradas.

10. Las estancias en residencias, centros de cuidados medios, paliativos y de larga estancia, balnearios y similares, así como los tratamientos balneoterápicos o hidroterápicos, aunque sean prescritos por facultativos. Los ingresos y actividades asistenciales en centros dedicados a actividades relacionadas con el ocio, el descanso, rejuvenecimiento y los tratamientos dietéticos.
11. La hospitalización fundada en problemas de tipo social o familiar, así como la que sea sustituible por una asistencia domiciliaria o ambulatoria.
12. Quedan excluidos en todos los casos de Hospitalización los siguientes gastos:
 - Los gastos por uso de teléfono, televisión y otros servicios no imprescindibles para la necesaria asistencia hospitalaria.
 - Los gastos consecuencia de revisiones o tratamientos preventivos.
 - La pensión alimentaria del acompañante en clínica, en los casos de internamiento médico no quirúrgicos así como en todos aquéllos en los que el Hospital o Clínica no disponga de este servicio en la habitación del paciente.
13. Las intervenciones de cirugía o procedimientos terapéuticos por láser, excepto en las que esta técnica figure cubierta.
14. Las prótesis de cualquier tipo, salvo las incluidas en el punto 14 del artículo anterior. También quedan excluidas las piezas anatómicas ortopédicas de cualquier tipo, los fijadores externos, el coste de las gafas, lentillas y/o prótesis auditivas, electrodos y estimuladores cerebrales y medulares, las medias de compresión elástica, suspensorios, tobilleras, fajas, corsés, cabestrillos, y otros métodos de inmovilización. También queda excluida la lente tórica, la lente monofocal plus, la lente de foco extendido y cualquier otro modelo de lente monofocal avanzada.
15. En los trasplantes de órganos, tejidos y células, el coste del órgano, tejido o célula a trasplantar y la gestión para su obtención, así como los huesos, tendones y ligamentos provenientes de banco de huesos o tejidos y los implantes constituidos por hueso natural.
16. Las enfermedades o lesiones derivadas de la práctica profesional de cualquier deporte, de la participación en apuestas o competiciones, así como la práctica como aficionado o profesional de actividades de alto riesgo (como la lidia de reses bravas) o la práctica de deportes peligrosos, incluidos los entrenamientos (tales como boxeo, actividades aéreas, de navegación en aguas bravas o en circunstancias de riesgo, puenting, escalada, barranquismo, espeleología, carreras de vehículos a motor, no consistiendo la enumeración anterior en una lista cerrada).
17. Enfermedades y accidentes que sean consecuencia de guerras, terrorismo, movimientos sísmicos, tumultos, riñas (excepto caso probado de legítima defensa), inundaciones, erupciones volcánicas, así como las consecuencias directas e indirectas de reacción o radiación nuclear y cualquier otro fenómeno de carácter catastrófico.
18. Epidemias declaradas oficialmente.
19. Las pruebas de laboratorio de determinaciones inmunológicas y/o genéticas con finalidad predictiva, preventiva, pronóstica o que no tengan repercusión terapéutica y las pruebas diagnósticas con fines cosméticos. El consejo genético, las pruebas de paternidad o de parentesco, así como las plataformas de macro y microarrays con interpretación automatizada de resultados (excepto los específicamente incluidos). La secuenciación del exoma, del genoma y del ADN.
20. Las asistencias en centros privados no concertados, y la prestada en hospitales, centros y otros establecimientos de titularidad pública integrados en el Sistema Nacional de Salud de España y/o dependientes de las Comunidades Autónomas que no estén expresamente incluidos en nuestra cartera de servicios. En todo caso AXA Seguros Generales se reserva el derecho de reclamar al asegurado el recobro de los gastos de asistencia que haya tenido que abonar al sistema sanitario público, por la asistencia médico-quirúrgica y hospitalaria prestada.
21. Análisis y otras exploraciones que sean necesarias para la expedición de certificados, emisión de informes y la entrega de cualquier tipo de certificado médico que no tenga una clara función asistencial, así como la medicina deportiva.
22. La atención médica prestada en el contexto de disciplinas que no estén incluidas en la lista de especialidades oficial, vigente y publicada por los Ministerios de Sanidad y Educación, tales como la medicina integrativa o la medicina tradicional china. También quedarán excluidos cualquier prueba complementaria o procedimiento terapéutico solicitados por estos profesionales.
23. Las pruebas de detección precoz de enfermedades congénitas, excepto las específicamente incluidas en estas garantías.
24. Los Accidentes sufridos en estado de embriaguez o bajo los efectos de drogas o estupefacientes, o a consecuencia de acciones delictivas propias, imprudencia o negligencia grave establecidas judicialmente.
25. Intervenciones realizadas sobre no nacidos.

Período de carencia

Todas las prestaciones serán facilitadas desde el momento de entrar en vigor el contrato.

Se exceptúan del anterior principio general, las siguientes prestaciones, las cuales precisarán haber cumplido los períodos de carencia previa que se especifican a continuación:

Período de carencia de Seis meses:

- Las intervenciones quirúrgicas de cualquier clase (con o sin ingreso hospitalario), cualquier tipo de hospitalización por causas quirúrgicas o no quirúrgicas (incluida la psiquiátrica y por trastornos alimentarios), la utilización de salas especiales hospitalarias para diagnóstico y tratamiento y cualquier otro gasto médico relacionado con las mismas.
- Cursos de preparación al parto.
- Los siguientes servicios:
 - Pruebas diagnósticas:
Amniocentesis, pruebas especiales del embarazo de riesgo y test prenatal no invasivo, anatomía patológica (excepto la correspondiente a intervenciones quirúrgicas urgentes) y dianas terapéuticas, endoscopia, ecoendoscopia digestiva y bronquial (EBUS) y cápsula endoscópica; estudios de esterilidad, genéticos y plataformas genómicas; elastografía hepática, gammagrafía, polisomnografía; arteriografía digital, radiografía 3D de cuerpo entero EOS®, resonancia magnética nuclear RMN, scanner-TAC, SPECT-TAC, PET, y PET-TAC 18FDG, PET Colina, TAC DMD; Microscopía de epiluminiscencia digitalizada. Programas de medicina preventiva.
 - Tratamientos:
Diálisis; cualquier tratamiento de fisioterapia (incluyendo ondas de choque), logopedia y foniatría; poliquimioterapia oncológica, radioterapia y tratamientos con isótopos radiactivos.
- Asistencia especial a domicilio

Este período de carencia de 6 meses no será de aplicación en casos de urgencia vital, ya sea por accidente o enfermedad sobrevenida y diagnosticada después de la fecha de entrada en vigor de la póliza o de la fecha de alta del asegurado en la misma.

Período de carencia de Siete meses:

- Las obturaciones simples o complejas, en el caso de tener contratada la cobertura dental.

Período de carencia de Ocho meses:

- La asistencia del parto y/o cesárea en clínica, la hospitalización como consecuencia de dicha asistencia y todos los gastos relacionados con éste.
Este período de carencia no será de aplicación en los partos en los que peligre la vida del feto o de la madre, o en partos diagnosticados como prematuros (teniendo esta consideración cuando acontezcan antes de los 259 días o de las 37 semanas completas, desde la fecha de la última menstruación), siempre que la gestación se haya iniciado con posterioridad a la fecha del alta de la Asegurada.
- Las intervenciones de ligadura de trompas y vasectomía, así como la hospitalización como consecuencia de las mismas.
- Conservación de sangre de cordón umbilical.
- Asistencia postparto a domicilio.

Período de carencia de Doce meses:

- Rehabilitación de la incontinencia urinaria.
- Telerrehabilitación cognitiva infanto-juvenil.

Período de carencia de Veinticuatro meses:

- Determinación BRCA Plus.
- Mastectomía/ooforectomía preventivas.

Servicios de Asistencia en Viaje

Validez.

Cada uno de los Asegurados tiene derecho a este Servicio durante un año y para todos los desplazamientos que efectúe

TEST

durante el mismo, siempre que tengan su domicilio habitual en España y su tiempo de permanencia fuera de dicha residencia no exceda de los 90 días por desplazamiento o viaje.

Prestaciones cubiertas.

1) Repatriación sanitaria de heridos y enfermos.

En caso de que el Asegurado sufra una enfermedad o un accidente, AXA Seguros Generales se hará cargo:

Del control previo, que lo realizará su Equipo Médico, en contacto con el médico que atienda en primer momento al Asegurado herido o enfermo, para determinar las medidas convenientes al mejor tratamiento a seguir y el medio más idóneo para su traslado hasta el centro hospitalario más adecuado o hasta su domicilio.

De los gastos del traslado, del herido o enfermo, hasta el centro hospitalario o a su domicilio habitual. Si el Asegurado fuera ingresado en un centro hospitalario no cercano a su domicilio, AXA Seguros Generales se hará cargo, en su momento, del traslado hasta el mismo.

El medio de transporte utilizado en Europa y países ribereños del Mediterráneo, **cuando la urgencia y la gravedad del caso lo requiera, será el avión sanitario especial.** En otro caso o en el resto del mundo, se efectuará por avión de línea regular o por los medios más rápidos y adecuados, según las circunstancias.

En ningún caso, AXA Seguros Generales sustituirá a los organismos de socorro de urgencia ni se hará cargo del costo de estos servicios.

2) Repatriación de los Asegurados.

Cuando a uno de los Asegurados se le haya tenido que repatriar o trasladar por enfermedad o accidente y estos impidan al resto de los familiares Asegurados la continuación de su viaje por los medios inicialmente previstos, AXA Seguros Generales se hará cargo del transporte hasta su domicilio o hasta el lugar donde esté hospitalizado el Asegurado trasladado o repatriado, **siempre que el importe no sea superior.**

3) Regreso anticipado del Asegurado a causa de fallecimiento de un familiar.

Si en el transcurso de un viaje falleciera en España el cónyuge, ascendiente o descendiente en primer grado, hermano o hermana del Asegurado y su viaje de regreso no pudiera ser anticipado, AXA Seguros Generales se hará cargo de los gastos de su transporte hasta el lugar en España de inhumación del familiar y, en su caso, de los de un billete de regreso al lugar donde se encontraba al producirse el evento, si por motivos profesionales o personales precisara proseguir su viaje.

4) Billete de ida y vuelta para un familiar y gastos de hotel.

Cuando el Asegurado se encuentre hospitalizado a causa de una enfermedad y/o accidente, sobrevenido estando de viaje y tenga que estar internado más de 10 días, AXA Seguros Generales pondrá a disposición de un familiar un billete de ida y vuelta para que pueda acudir a su lado.

Si el Asegurado es hospitalizado en el extranjero, AXA Seguros Generales se hará cargo de los gastos de estancia del familiar en un hotel, **hasta 30,05 euros por día y con un máximo de 300,51 euros en total.** El familiar deberá presentar los justificantes oportunos.

5) Repatriación de fallecidos en el extranjero y de los Asegurados acompañantes.

AXA Seguros Generales se hará cargo de todas las formalidades a efectuar en el lugar del fallecimiento del Asegurado, así como de la repatriación hasta el lugar de inhumación en España.

En el caso de que los familiares Asegurados que le acompañarán en el momento de la defunción no pudieran regresar por los medios inicialmente previstos o por no permitírsele su billete de regreso contratado, AXA Seguros Generales se hará cargo del transporte de los mismos hasta su domicilio en España o hasta el lugar de la inhumación, siempre que el coste no sea superior.

Quedan igualmente cubiertos los gastos de los ciudadanos post-mortem y acondicionamiento (tales como embalsamamiento y ataúd obligatorio para el traslado), conforme a requisitos legales.

En cualquier caso, el coste del ataúd habitual y de los gastos de inhumación y de ceremonia, no son a cargo de AXA Seguros Generales.

6) Gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y de hospitalización en el extranjero.

Si a consecuencia de un accidente o de una enfermedad sobrevinida en viaje en el extranjero el Asegurado necesita asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica u hospitalaria, AXA Seguros Generales se hará cargo de:

- Los gastos y honorarios médicos y quirúrgicos, los gastos farmacéuticos prescritos por un médico escogido por el Asegurado, los gastos de hospitalización y/o los gastos de transporte en ambulancia del lugar del accidente hasta la clínica u hospital.
- En todo caso, **los gastos de odontólogo se limitan a 30,05 euros.**

La cantidad máxima cubierta por Asegurado, por el conjunto de los citados gastos que se produzcan en el extranjero, es de 15.000,00 euros.

7) Gastos de prolongación de estancia en un hotel.

Cuando sea de aplicación la garantía anterior de pago de gastos médicos, AXA Seguros Generales se hará cargo de los gastos de prolongación de estancia del Asegurado en un hotel, después de la hospitalización y bajo prescripción médica, hasta un importe de 24,04 euros por día y con un máximo de 240,40 euros en total.

8) Transmisión de mensajes.

AXA Seguros Generales se encargará de transmitir los mensajes urgentes que le encarguen los Asegurados, derivados de los eventos cubiertos por las presentes garantías.

9) Ayuda a la localización y envío de equipajes.

En caso de retraso o pérdida de equipaje, AXA Seguros Generales aportará su colaboración en la demanda y gestión de búsqueda, localización y envío hasta su domicilio.

10) Envío y/o reenvío de objetos olvidados y/o robados en el transcurso del viaje en el extranjero.

AXA Seguros Generales organizará y se hará cargo del coste de envío al domicilio del Asegurado de los objetos que hubiera olvidado éste durante su viaje.

Asimismo, enviará al Asegurado donde éste se encuentre aquellos objetos o medicinas (de acuerdo con la legislación de cada país), que se puedan considerar de primera necesidad y que el Asegurado hubiera olvidado en su domicilio al emprender el viaje, **siempre que fuera difícil o costoso su reemplazo en el lugar donde se halle el mismo.**

En todos los casos señalados en el presente punto, AXA Seguros Generales únicamente asumirá la organización del envío, así como el coste de éste, hasta o desde el domicilio del Asegurado, **siempre y cuando éstos no superen los 5 kilogramos de peso.**

11) Gastos de defensa legal en el extranjero.

En el caso de que el Asegurado tenga necesidad de contratar un abogado para su defensa legal en el extranjero, siempre que los hechos que se le imputen no sean susceptibles de sanción penal en la legislación del país donde se encuentre, AXA Seguros Generales le reembolsará los honorarios de su abogado **hasta el límite máximo de 901,52 euros. Los hechos relacionados con la actividad profesional del Asegurado, el uso o la custodia de un vehículo a motor y las responsabilidades contractuales, quedan excluidos de la garantía.** El Asegurado se compromete a enviar a AXA Seguros Generales, lo antes posible, la minuta de honorarios de su abogado.

12) Anticipo de fianza legal en el extranjero.

AXA Seguros Generales adelantará, **hasta un máximo de 3.606,07 euros**, el importe de la fianza exigida por la legislación del país, para que el Asegurado obtenga su libertad en el caso de que haya sido procesado como consecuencia de un accidente del que sea responsable.

En el plazo de tres meses, desde su reclamación por AXA Seguros Generales, el Asegurado está obligado a devolverle el importe de la fianza anticipada.

Si antes de finalizado el plazo de tres meses le ha sido reembolsado al Asegurado el importe de la fianza por las autoridades del país, deberá devolver ésta, de forma inmediata, a AXA Seguros Generales.

En el caso de que el importe de la fianza anticipada no fuese devuelto en el plazo de tres meses, AXA Seguros Generales se reserva el derecho de exigir además del importe, los gastos e intereses calculados según la legislación vigente.

Quedan excluidos dentro de la presente garantía:

- El tráfico de drogas y estupefacientes.
- La participación en movimientos políticos.

Exclusiones.

Quedan excluidos del servicio de Asistencia en Viaje:

1. Las garantías y prestaciones que no hayan sido solicitadas a AXA Seguros Generales y que no hayan sido efectuadas por o con su acuerdo, salvo en casos de fuerza mayor o de imposibilidad material demostradas.
2. Aquellas enfermedades o lesiones que se produzcan como consecuencia de padecimientos crónicos o previos al inicio del viaje, así como sus complicaciones y recaídas y todos los viajes con fines terapéuticos.
3. Las enfermedades mentales.
4. La muerte producida por suicidio o las enfermedades o lesiones resultantes del intento o causadas intencionadamente por el Asegurado a él mismo, así como las derivadas de acciones criminales del Asegurado directa o indirectamente.
5. El tratamiento de enfermedades o estados patológicos provocados por ingestión o administración voluntaria de tóxicos (drogas), narcóticos, o por la utilización de medicamentos sin prescripción médica.
6. Los gastos incurridos en gafas, lentillas, muletas o cualquier tipo de prótesis, así como los arreglos dentales.
7. Los partos y embarazos, salvo complicaciones imprevisibles durante sus primeros seis meses.
8. Los eventos ocasionados en la práctica, en entrenamientos o pruebas, de los deportes en competición, oficiales y privadas, así como de las apuestas y del rescate de personas en mar, montaña o desierto.

9. Cualquier tipo de gasto médico, quirúrgico, farmacéutico, de hospitalización y por traslado o repatriación que no sea consecuencia de una enfermedad y/o accidente sobrevenido en viaje.
10. Los gastos médicos prescritos o recetados en territorio español, aunque correspondan a un tratamiento iniciado en el extranjero.
11. Las enfermedades o afecciones que puedan ser tratadas en el lugar y no impidan al Asegurado la prosecución de su viaje.
12. Cualquier tipo de gasto médico o farmacéutico inferior a 9,02 euros.
13. En el traslado o repatriación de fallecidos: los gastos de inhumación y ceremonia.
Para acceder a las prestaciones del presente Servicio, como condición indispensable, AXA Seguros Generales debe ser inmediatamente avisada del percance sobrevenido mediante comunicación telefónica previa, al teléfono indicado en la Tarjeta de Asegurado, indicando: nombre, número de póliza, lugar donde se encuentra, número de teléfono de contacto y tipo de asistencia que precisa.
AXA Seguros Generales no responde de los retrasos o incumplimientos debidos a causas de fuerza mayor o a las especiales características administrativas o políticas de un país determinado.
En todo caso, si no fuera posible una intervención directa, el Asegurado será reembolsado a su regreso a España, o, en caso de necesidad, en cuanto se encuentre en un país donde no concurren las anteriores circunstancias, de los gastos en que hubiera incurrido y se hallen garantizados, mediante la presentación de los oportunos justificantes. Las prestaciones de carácter médico y de repatriación sanitaria deben efectuarse previo acuerdo entre el médico o del centro hospitalario que atiende al Asegurado en ese momento, el Equipo Médico de AXA Seguros Generales y, si hay lugar a ello, la familia del Asegurado.
Si el Asegurado tuviera derecho a reembolso por la parte del billete no consumida, al hacer uso de las garantías de repatriación, dicho reembolso será devuelto a AXA Seguros Generales.
Las prestaciones del presente servicio serán complementarias de cualquier otra de carácter público o privado que pueda tener el Asegurado.
AXA Seguros Generales queda subrogada en los derechos y acciones del Asegurado por hechos que hayan motivado la intervención de aquélla y hasta el importe total de los servicios prestados o abonados.

Información de carácter general

Regulación del contrato e información general al tomador

AXA informa al Tomador del seguro que la legislación aplicable es la española y el organismo de control es la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, dependiente del Ministerio de Economía del Reino de España.

Legislación aplicable:

- Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.
- Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras.
- Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras.
- 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 a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos).
- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.
- Ley 6/2020, de 11 de noviembre, reguladora de determinados aspectos de los servicios electrónicos de confianza.
- Ley 34/2002, de 11 de julio, de servicios de la sociedad de la información y de comercio electrónico.
- Ley 22/2007, de 11 de julio, sobre comercialización a distancia de servicios financieros destinados a los consumidores.
- Y cualquier otra norma que durante la vigencia de esta póliza pueda ser aplicable.

Solución de conflictos entre las partes:

De conformidad con lo establecido en Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras y el Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, los conflictos que puedan surgir entre las partes podrán resolverse, como sigue:

- a) El Tomador podrá formular sus reclamaciones por escrito, ante el Servicio de Atención de Quejas y Reclamaciones de la Entidad Aseguradora con dirección: Emilio Vargas, 6, 28043, Madrid, por correo electrónico:

centro.reclamaciones@axa.es, directamente o a través de la página www.axa.es o la web Clientes. Dicho departamento acusará recibo por escrito de las reclamaciones que se les presenten y las resolverá siempre por escrito motivado.

Para seguros contratados en Cataluña y en cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 22/2010, de 20 de julio, del Código de consumo de Cataluña, podrá dirigirse, además, a la siguiente dirección: World Trade Center Almeda Park, edificio 6, Plaza de la Pau s/n, 08940 - Cornellá del Llobregat o contactar en el teléfono 900 132 098.

Una vez transcurrido el plazo de un mes desde la fecha de presentación de la reclamación, sin que el Servicio de Atención de Quejas y Reclamaciones haya resuelto, o bien una vez que haya sido denegada expresamente la admisión de reclamación o desestimada la petición, podrá acudir ante los servicios de reclamaciones del Banco de España, la Comisión Nacional del Mercado de Valores o la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, mediante presentación de la queja o reclamación, en soporte papel o por medios informáticos, electrónicos o telemáticos. La reclamación o queja será tramitada de conformidad con el procedimiento previsto en la Orden ECC/2502/2012, de 16 de noviembre, por la que se regula el procedimiento de presentación de reclamaciones ante los Servicios de Reclamaciones del Banco de España, la Comisión Nacional del Mercado de Valores y la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

Podrá presentar su reclamación en el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones en la dirección Paseo de la Castellana, 44 - 28046 - Madrid o en <https://dgsfp.mineco.gob.es/es/Consumidor/Reclamaciones/Paginas/InformacionProcedimiento.aspx>

- b) Por decisión arbitral en los términos de los artículos 57 y 58 del Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y leyes complementarias, siempre que hubiera acuerdo por ambas partes para someterse a este mecanismo de solución de conflictos; o en los términos de la Ley 60/2003, de 23 de diciembre, de Arbitraje, en materia de libre disposición conforme a derecho y salvo aquellos supuestos en que la legislación de protección de los consumidores y usuarios lo impida, siendo los gastos ocasionados satisfechos por mitad entre Tomador y Asegurador.
- c) Por mediación en los términos previstos en la Ley 5/2012, de 6 de julio, de mediación de asuntos civiles y mercantiles.
- d) Por los Jueces y Tribunales competentes (siendo Juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato de seguros el del domicilio del Asegurado).

Forma de prestación de los servicios concertados

Los servicios concertados por AXA Seguros Generales serán prestados por los facultativos y centros que figuran en los Cuadros Médicos Provinciales de la misma. El Asegurado podrá acceder, según lo indicado en los puntos siguientes, a los servicios concertados en su provincia o en otras provincias distintas a la de su residencia habitual, **excepto para los servicios domiciliarios, siendo a su cargo todos los gastos del desplazamiento.**

Las normas para la prestación de los servicios concertados serán las siguientes:

1. Visitas de urgencia domiciliaria (Medicina General, Pediatría y Puericultura y Servicio Enfermería).

Se efectuarán sólo cuando, por motivos que dependan exclusivamente de la enfermedad que aqueje al Asegurado y previa valoración del servicio de urgencias de AXA Seguros Generales, **este no pueda trasladarse al consultorio del facultativo o de enfermería.**

AXA Seguros Generales sólo prestará la asistencia a domicilio cuando tenga estos servicios concertados en la población que corresponde a la dirección de los Asegurados que se indica en las Condiciones Particulares. Cualquier cambio de domicilio de los Asegurados habrá de serle notificado por carta certificada o en sus oficinas o por los medios habituales de contacto con la compañía, con una antelación mínima de 8 días al requerimiento del servicio.

Cuando en la población de residencia de los Asegurados no existan servicios de urgencia domiciliaria concertados por AXA Seguros Generales, esta asistencia estará sujeta a lo dispuesto en la garantía de reembolso de gastos.

2. Médicos especialistas.

Asesorarán a los médicos Generales en aquellos casos en que se requiera un tratamiento especial a seguir, haciéndose cargo por completo de la asistencia del enfermo si el caso, por la técnica especializada del tratamiento, correspondiese a la competencia del especialista.

3. Acceso a los servicios concertados.

Los servicios concertados son de libre acceso, excepto aquéllos que se especifiquen en el Cuadro Médico y/o Condiciones Generales como de utilización mediante autorización previa, que AXA Seguros Generales concederá cuando sea requerida por escrito por un facultativo y el Asegurado tenga derecho al servicio solicitado.

El Asegurado deberá facilitar a AXA Seguros Generales toda la información médica necesaria para la valoración del caso y para la tramitación de la autorización previa, cuando ésta sea necesaria con un mínimo de 48 horas antes de su realización.

4. Hospitalización o prestación de un servicio asistencial en centros concertados.

El ingreso en un centro hospitalario concertado deberá ser ordenado por escrito por un médico y el Asegurado deberá obtener la autorización de AXA Seguros Generales antes de que el ingreso se lleve a cabo. Dicha autorización vinculará económicamente a AXA Seguros Generales.

Si el ingreso hospitalario es de carácter urgente, el Asegurado deberá obtener la autorización de AXA Seguros Generales dentro de las 72 horas siguientes a su ingreso.

En este último supuesto, si el médico que ordena el ingreso forma parte del Cuadro Médico o del Hospital concertado por AXA Seguros Generales, ésta quedará vinculada económicamente hasta el momento en que manifieste sus reparos a la orden del médico, en caso de entender que la póliza contratada no cubre el acto o la hospitalización.

Cuando la solicitud de la autorización del ingreso se haga con posterioridad a las 72 horas de haberse producido el mismo, AXA Seguros Generales no se hará cargo del coste de la asistencia, salvo que el Asegurado tenga derecho a la misma por haberla contratado en las Condiciones Particulares.

Si el Centro Hospitalario así lo solicita, el Asegurado deberá comprometerse a asumir los gastos derivados de su asistencia, en el supuesto que AXA Seguros Generales no la cubra.

En cualquier caso, AXA Seguros Generales podrá designar un facultativo que presencie la intervención o visite al Asegurado durante la hospitalización.

5. AXA Seguros Generales no se hace responsable:

- **De los honorarios de facultativos o servicios ajenos a la misma, excepto para los servicios de reembolso de gastos cubiertos en las Condiciones Particulares y hasta los límites que se fijen para los mismos.**
- **Del coste de los servicios concertados prestados o realizados sin su autorización previa, cuando ésta sea necesaria o preceptiva.**
- **De los honorarios de los facultativos o de los servicios pertenecientes a su Cuadro Médico concertado, pagados directamente por el Asegurado.**

6. Tarjeta de Asegurado.

Al requerir los servicios concertados, el Asegurado deberá exhibir siempre su Tarjeta individual que le acredite como tal, que estará activada si se halla al corriente de pago, y entregar la autorización concedida por AXA Seguros Generales para aquellos servicios en que la misma fuera necesaria.

La tarjeta es de uso personal e intransferible por lo que podrá pedirse cualquier documento acreditativo de la identidad de su titular. Su uso está supeditado a las condiciones Generales y particulares del seguro.

7. Comunicación del siniestro.

A los efectos de este Seguro, se entiende comunicado el siniestro cuando el Asegurado solicite el servicio.

Formalización del seguro

Los datos que el Tomador y/o Asegurado han facilitado en el cuestionario constituyen la base de este Contrato.

Como requisito de la formalización del seguro, todas las personas a asegurar cumplimentarán el Cuestionario de Salud debidamente firmado incluso por medios electrónicos, por cada una de ellas en el que estarán obligadas a manifestar si padecen o han padecido cualquier tipo de lesiones o enfermedades, especialmente aquéllas de carácter recurrente, congénitas o que precisen o hubieran precisado de estudios, pruebas diagnósticas o tratamientos de cualquier índole o si en el momento de la suscripción padecieran síntomas o signos que puedan considerarse como indicio de alguna patología. En el caso de menores de edad el Cuestionario de Salud lo firmará el Tomador del seguro o quien tenga la patria potestad de aquellos. En el caso de personas con discapacidad lo firmará la persona designada para realizar las funciones representativas. El Cuestionario de salud también podrá ser cumplimentado a través de una entrevista telefónica llevada a cabo por personal sanitario autorizado por AXA Seguros Generales con cada uno de los declarantes mayores de edad o con uno de los padres, tutores o representantes si los declarantes son menores de edad o personas con discapacidad, dando respuesta a todas las preguntas que le formulen. La conversación telefónica será grabada y tendrá valor contractual. El Cuestionario de Salud también podrá ser cumplimentado y firmado por medios digitales teniendo dicho proceso en sí valor contractual. En tal caso se guardará el documento firmado en el formato electrónico o soporte duradero que proceda.

En el supuesto que exista ocultación, la dolencia quedará excluida de las coberturas de dicho contrato, reservándose AXA Seguros Generales el derecho a cancelar el contrato de aseguramiento.

En caso de constatare un error en la póliza, el Tomador y/o Asegurado dispone de un plazo de un mes (a contar desde la entrega de la misma), para exigir a AXA Seguros Generales que subsane la divergencia existente. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación la póliza se considerará totalmente válida.

El seguro y sus modificaciones tiene efecto una vez firmada la póliza o suplemento y satisfecha por el Tomador la prima correspondiente. Salvo pacto en contrario, si esta primera prima no ha sido satisfecha, AXA Seguros Generales no tendrá ninguna obligación. No obstante, durante el plazo de quince días a contar desde la fecha de emisión de la póliza o del documento de cobertura provisional, el Tomador tiene derecho a solicitar por escrito la anulación sin efecto de la misma y, por lo tanto, a la devolución de la prima pagada hasta la fecha de expedición de la comunicación. AXA Seguros Generales deducirá de tal importe la prima correspondiente a la cobertura de riesgo otorgada.

En caso de demora en el cumplimiento de cualquiera de los requisitos citados, las obligaciones de AXA Seguros Generales comenzarán a las veinticuatro horas del día en que hubieren sido cumplidos.

Duración

El Seguro se contrata por el período de tiempo previsto en las Condiciones Particulares. A su vencimiento, se prorrogará tácitamente por períodos no superiores al año, y así sucesivamente.

El Tomador podrá, no obstante, oponerse a la prórroga del contrato mediante notificación escrita, efectuada con un plazo de un mes de anticipación a la conclusión del período de seguro en curso.

AXA no podrá rescindir la póliza, salvo enfermedad preexistente de alguna de las personas aseguradas no declarada en el Cuestionario de Salud u omisión y/o inexactitud en el mismo. Tampoco serán motivos de anulación la edad o el gasto sanitario de las personas aseguradas.

La cobertura del seguro cesará automáticamente desde la fecha de extinción de la póliza o para cada asegurado, desde la fecha de baja en la misma. Desde esa fecha el Asegurado no tendrá derecho a ningún tratamiento médico ya sea derivado de la modalidad de reembolso de gastos o de cuadro médico y tanto procedan de un tratamiento que estuviera recibiendo, como los que deriven de cualquier tipo de asistencia sanitaria que precise con posterioridad a tal fecha, aunque sea a consecuencia de una enfermedad o accidente anterior a la extinción de la póliza.

Disposiciones Generales

Comunicaciones.

1. Las comunicaciones a AXA Seguros Generales se realizarán a su Dirección General, en el domicilio que se señala en la póliza.
2. Las comunicaciones y pago de las primas que se realicen a las Delegaciones, Sucursales, Oficinas de AXA Seguros Generales o a un Agente de la misma surtirán los mismos efectos que si se hubieran realizado directamente a ésta.
3. Las comunicaciones al Tomador del seguro o al Asegurado, se podrán realizar en el domicilio que conste en la póliza salvo que hubieren notificado otro, en la dirección de correo electrónico declarada y/ o a través de su espacio privado de la Web Cliente.

Rescisión e indisputabilidad del contrato.

1. El Asegurado pierde el derecho a la prestación garantizada, quedando el contrato rescindido:
 - a) **En caso de reserva o inexactitud al cumplimentar el cuestionario, si medió dolo o culpa grave. AXA Seguros Generales quedará liberado del pago de la prestación (art 10 LCS).**
 - b) **En el supuesto de que el riesgo declarado en el cuestionario de salud hubiera aumentado antes de la entrada en vigor de la póliza, si el Tomador o el asegurado no lo comunican a AXA y han actuado de mala fe.**
 - c) **Si el hecho garantizado sucede antes de que se haya pagado la primera prima, salvo pacto en contrario.**
 - d) **Cuando el siniestro hubiese sido causado por mala fe del Asegurado.**
2. La Póliza será indisputable transcurrido un año desde la formalización del contrato, salvo que el Tomador haya actuado con dolo o tuviera conocimiento de afección preexistente a la firma del contrato no reseñada en el cuestionario.

Jurisdicción.

Este contrato queda sometido a la jurisdicción española y el Juez competente para tratar las acciones derivadas del mismo, será el del domicilio del Asegurado, que siempre deberá residir en España.

TEST

Actualización anual de las primas y copagos.

AXA Seguros Generales podrá modificar anualmente el importe de las primas, las cuantías de los copagos y límites máximos anuales de estos, fundamentándose en los cálculos técnico-actuariales realizados.

La actualización de la prima y copagos incorporará los ajustes necesarios para garantizar que la tarifa de prima sea suficiente, según hipótesis actuariales razonables, basadas en las modificaciones de los costes asistenciales de los servicios cubiertos por cada póliza, en las innovaciones tecnológicas que sea necesario incorporar a las mismas y el índice de siniestralidad, permitiendo a AXA Seguros Generales satisfacer el conjunto de las obligaciones derivadas de los contratos de seguro de Salud y, en particular, constituir las provisiones técnicas adecuadas, de acuerdo con lo dispuesto en el régimen jurídico de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.

Además de los supuestos descritos en los párrafos anteriores, las primas a satisfacer por el Tomador también variarán en cada renovación según la nueva edad actuarial del asegurado en dicha fecha, de acuerdo con las tarifas en vigor de AXA Seguros Generales.

El Tomador del seguro da su conformidad a las variaciones de prima que se produzcan por los motivos indicados en el presente Artículo.

Revalorización automática de los capitales de reembolso de gastos.

Los capitales y límites para reembolso de gastos afectados por esta póliza **y únicamente los detallados en las Condiciones Particulares (en el apartado "Límites anuales de cobertura específicas de la póliza", salvo el "límite de asistencia en viaje")** quedarán modificados automáticamente en cada vencimiento anual, según un porcentaje fijado en las Condiciones Particulares de la Póliza, el cual se aplicará sobre el capital o límite, salvo pacto en contrario, alcanzado en la anualidad anterior.

Prescripción.

Las acciones que deriven de este contrato prescribirán al término de cinco años.

Prórroga del contrato

Reembolso de gastos, tramitación y pago

En caso de no utilizar los servicios del Cuadro Médico concertado en el domicilio del asegurado las consultas urgentes de medicina general y pediatría o los servicios de Enfermería, el Tomador o el Asegurado presentará dentro de un plazo de 8 días de la consulta, la siguiente documentación:

- a) Solicitud de reembolso de gastos debidamente rellena. Es imprescindible que la parte relativa a la enfermedad o accidente sea cumplimentada por el médico que asista al Asegurado, indicando el tipo de enfermedad, fecha de inicio de la misma, pruebas realizadas y tratamiento a seguir.

Si el Asegurado no tuviera impresos de solicitud de reembolso de gastos, presentará un escrito firmado por el Asegurado y el médico, en el que consten los datos de ambos, junto con la información indicada en el párrafo anterior. El Asegurado pedirá, con antelación, impresos de solicitud de reembolso de gastos a AXA Seguros Generales, que estarán disponibles, en internet, en la web de AXA Seguros Generales.

Cada acto médico dará lugar a la cumplimentación de un impreso de solicitud de reembolso de gastos.

- b) Justificación de estar al corriente de pago, si fuera requerido.
- c) Facturas y/o recibos originales de los gastos de Asegurado por su asistencia hospitalaria o extrahospitalaria, en los que conste el nombre del Asegurado asistido, perceptor, concepto e importe, así como el desglose de los conceptos asistenciales por tipo de acto médico con fecha.
- d) Prescripción médica en los casos de utilización de medios de diagnóstico, pruebas terapéuticas, servicios domiciliarios de profesional de enfermería, prótesis internas que estén garantizadas y en los casos de ingresos hospitalarios se adjuntará además el informe clínico en el que consten los antecedentes, fecha de inicio de la enfermedad o lesión, evolución y la asistencia sanitaria prestada.
- e) Toda la información médica o clínica que AXA Seguros generales considere necesaria para la valoración y tramitación del siniestro.

Cuando se presenten facturas, recibos, prescripciones e informes médicos, en cualquier idioma no oficial en el Estado Español, a excepción del inglés, los gastos que se deriven de la traducción de todos estos documentos, serán a cargo del Asegurado.

AXA Seguros Generales reembolsará el importe correspondiente, una vez recibidos todos los documentos y justificantes señalados y aceptado el siniestro, en el plazo de 15 días laborables.

Si no hay acuerdo sobre la naturaleza de la enfermedad y/o el importe del reembolso, las partes se someterán a la decisión de los médicos designados por las mismas.

Garantía de Protección de Pagos

Prestaciones cubiertas

En caso de producirse alguno de los supuestos objeto de cobertura, AXA Seguros Generales garantiza al tomador del contrato de seguro de asistencia sanitaria suscritos con dicha entidad, **el pago del importe de la cuota mensual o mensualizada de la anualidad de seguro en curso** (para el supuesto de que la cuota se pagara por trimestres, semestres o año) **de la parte correspondiente de la prima del seguro de AXA Seguros Generales correspondiente a todas las personas integradas en la póliza.**

El presente contrato garantiza al tomador/asegurado, el pago de las primas mensuales, por **cada treinta días consecutivos en que se encuentre el asegurado en situación de desempleo o incapacidad temporal en función del riesgo garantizado, con un máximo de seis mensualidades consecutivas.** En todo caso el importe de la mensualidad para cada póliza será el existente en la fecha en que se produzca la situación de desempleo o incapacidad temporal con **un máximo de 360 euros mensuales**. El importe de la prestación será abonado al Tomador/Asegurado, previa comprobación del pago de la prima vigente por parte de aquél.

Agotada la prestación en el transcurso de un año, El tomador/asegurado no tendrá derecho a una nueva prestación por esta cobertura, hasta que se vuelva a producir una nueva situación de desempleo o incapacidad temporal (nuevo siniestro) durante la vigencia del contrato y de cualquiera de sus prórrogas.

Asegurado

Tendrá la condición de asegurado **el tomador siempre que sea mayor de dieciocho años, menor de sesenta y cinco y esté trabajando en territorio español de forma remunerada durante un mínimo de trece horas semanales y se encuentren en situación de alta en la Seguridad Social, Mutualidad, Montepío o institución análoga que la legislación determine**.

Para el caso de que en una misma póliza de asistencia sanitaria de las indicadas anteriormente, haya varias personas integradas (por ejemplo, por ser miembros de una misma unidad familiar), únicamente tendrá la condición de asegurado por esta cobertura el tomador de la póliza de asistencia sanitaria. Para el caso de que al tomador del seguro le sobrevenga alguna de las contingencias garantizadas por esta garantía, AXA Seguros Generales, se hará cargo del pago de la prima correspondiente a todos los asegurados cubiertos e integrados en la misma póliza.

Supuestos objeto de cobertura

Los supuestos objeto de cobertura son **alternativamente** los siguientes:

Desempleo

La situación legal de desempleo del tomador de la póliza de asistencia sanitaria, que preste sus servicios por cuenta ajena con contrato laboral indefinido. **Se exceptúan expresamente a los funcionarios.** A los efectos del presente contrato se hace constar que la situación legal de desempleo sólo estará garantizada, si en el momento de suscripción del contrato de seguro de seguro de asistencia sanitaria, **el tomador tiene suscrito un contrato laboral de carácter indefinido con un empleador.** En caso de que el contrato de trabajo, cualquiera que sea su verdadera naturaleza, tenga carácter temporal, el asegurado no podrá beneficiarse de la cobertura de desempleo sino única y exclusivamente de la incapacidad temporal.

Si el contrato temporal fuese sustituido por acuerdo debidamente acreditado de las partes (trabajador y empresario) por un contrato indefinido, el tomador verá sustituida la cobertura de incapacidad temporal por la de desempleo. Idéntica consecuencia se producirá si la jurisdicción social declarase la naturaleza indefinida del contrato por haberse utilizado fraudulentamente el mecanismo de la contratación temporal y, el empleador firmará con el trabajador/tomador un contrato indefinido. En tal caso, la cobertura de desempleo entrará en vigor a partir de la fecha en que el trabajador empiece a trabajar como indefinido. Y devengando derecho a prestaciones una vez cubierto el periodo de carencia de 2 meses para desempleo.

Incapacidad Temporal

La situación legal de Incapacidad temporal del tomador de la póliza de asistencia sanitaria, que preste sus servicios por cuenta ajena con contrato laboral de carácter temporal, que preste servicios por cuenta propia como trabajador autónomo, los funcionarios y, en general, todas las personas que, cumpliendo los requisitos necesarios para ostentar la condición de asegurado por este certificado, no puedan estar cubiertos por la **garantía de desempleo.**

Plazo entre siniestros

En caso de producirse varias situaciones de desempleo, sólo procederá el pago de nuevas prestaciones si el tomador/asegurado por este certificado, **ha estado desarrollando su relación laboral mediante un contrato de carácter indefinido por un período mínimo de seis meses consecutivos.**

En caso de producirse situaciones de incapacidad temporal subsiguientes a la primera, se pagarán nuevas prestaciones si **el asegurado ha estado trabajando seis meses desde el fin de la última incapacidad temporal si se trata de la misma causa de incapacidad o de un mes si se trata de una causa distinta.**

Periodo de Carencia

El derecho a las prestaciones cubiertas por este contrato se inicia desde la contratación del seguro de asistencia sanitaria, con los períodos de carencia que a continuación se mencionan. Se entiende por período de carencia aquél durante el cual, de producirse el siniestro, no generará derecho a indemnización para el asegurado. **Dicho período será de dos meses para el desempleo y de un mes para la incapacidad temporal.** No se aplica ningún periodo de carencia para el supuesto de incapacidad temporal cuando la misma se derive de accidente.

Definiciones y exclusiones de la garantía de protección de pagos.

Desempleo:

A los efectos de este contrato, se denomina desempleo a la situación en que se encuentra el asegurado cuando se extingue su relación laboral o cuando se suspende dicha relación laboral en virtud de expediente de regulación de empleo o se reduzca a la mitad, al menos, la jornada de trabajo por dicha causa. Están **excluidos de la cobertura de desempleo, en todo caso, los menores de 18 años y los mayores de 65 años.**

No se considera desempleo la situación en que se encuentra el trabajador en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Quando **cese voluntariamente** en el trabajo, salvo por las causas previstas en el artículo 52 del Estatuto de los trabajadores.
- Quando **haya sido despedido y no reclame en tiempo y forma oportunos contra la decisión empresarial**, salvo por extinción del contrato o despido basado en las causas objetivas previstas en el artículo 52 del Estatuto de los Trabajadores.
- Quando declarado improcedente o nulo el despido por Sentencia firme y comunicada por el empleador la fecha de reincorporación al trabajo, no se ejerza tal derecho por parte del tomador/asegurado o no se haga uso, en su caso, de las acciones previstas en la legislación vigente.
- Quando **no haya solicitado el reintegro al puesto de trabajo en el caso en que la opción entre indemnización y readmisión** correspondiera al trabajador, o se estuviera en excedencia y venciera el período fijado por la misma.
- Quando **su contrato se extinga por despido declarado procedente.**
- Los trabajadores fijos de carácter discontinuo en los períodos en que carezcan de ocupación efectiva.

Asimismo, el Asegurado no tiene derecho al cobro de las prestaciones por Desempleo en ninguno de los siguientes supuestos:

- Si se produce cualquier situación de Desempleo dentro del Período de Carencia.
- Si su relación Laboral lo fuera con una **empresa propiedad de su ámbito familiar hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad**, así como en los casos en que el Asegurado o un familiar suyo hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad fuera Administrador de la empresa.
- Quando el **Asegurado fuera socio de la sociedad empleadora** con presencia o representación directa en los órganos de administración de la Sociedad.
- Si **el Asegurado rechaza un puesto de trabajo alternativo ofrecido por el mismo u otro empresario acorde con su formación**, experiencia y situado a menos de cincuenta kilómetros del centro de trabajo.
- Si **la indemnización por despido consiste en una renta vitalicia o temporal**, desde el momento del despido hasta la fecha en que el trabajador tenga derecho a percibir la pensión de jubilación.

Incapacidad temporal

A los efectos de este contrato, se denomina Incapacidad Temporal la situación física temporal motivada por enfermedad o accidente determinante de la incapacidad del asegurado para el ejercicio de su profesión o actividad laboral. La enfermedad o accidente determinante de la incapacidad temporal deben producirse cuando el asegurado esté trabajando de forma remunerada en España. Dicha incapacidad temporal debe ser diagnosticada por el médico competente de la Seguridad Social o asimilado. El derecho a percibir las prestaciones del contrato cesará cuando el tomador/asegurado pueda reanudar o reanude su trabajo, aun de manera parcial, o cuando su estado pase a ser de incapacidad permanente.

No se considerará en incapacidad temporal los siniestros que resulten de cualquiera de las siguientes circunstancias:

- La baja por parto, aborto o maternidad.**

- b) Las intervenciones quirúrgicas y tratamientos médicos demandados por el Asegurado **exclusivamente por razones estéticas** siempre que no se deban a secuelas de accidente, así como las lesiones o enfermedades causadas voluntariamente por el Asegurado.
- c) Las producidas cuando el Asegurado se encuentra **bajo la influencia de alcohol, drogas tóxicas o estupefacientes no prescritos médicamente; los que ocurren en caso de perturbación mental o sonambulismo; los que ocurren en desafío, lucha o riña, excepto caso probado de legítima defensa; así como los derivados de una actuación delictiva del Asegurado, declarada judicialmente.**
- d) Cualquier enfermedad, dolencia y lesión de las que el Asegurado tuviera conocimiento en el momento de la firma del presente contrato y que no haya sido debidamente declarada al Asegurador.
- e) **Dolores de espalda, salvo que existan evidencias objetivadas por estudios médicos complementarios (radiografías, gammagrafías, escáneres, T.A.C., etc.) y que sean causantes de la Incapacidad Temporal.**
- f) **Cefaleas y enfermedades mentales o nerviosas, aún cuando existan evidencias médicas.**

Siniestros y reclamaciones

En caso de ocurrir algún siniestro o para cualquier reclamación deben comunicarlo al teléfono de atención al cliente (900 90 90 14 o 91 807 00 55): El asegurado deberá aportar la siguiente documentación acreditativa del siniestro:

1. Fotocopia legible del D.N.I.
2. Fotocopia del último contrato de trabajo indefinido a fecha de siniestro.
3. Certificado de vida laboral a partir de los 30 días de la fecha legal de desempleo mensualmente.
4. Carta de comunicación de empresa que va a ser cesado en el empleo.
5. Por despido improcedente:
 - Sin SMAC. Carta de comunicación por parte de la empresa reconociendo la improcedencia del despido incluyendo el reconocimiento de la indemnización
 - Ante el SMAC: Copia del Acta de conciliación y de la Papeleta.
 - Ante el Juez: Copia del acta de conciliación y copia de la demanda.
6. Por expediente de regulación de empleo:
 - Copia de la autorización administrativa para el expediente.
 - Copia de la comunicación de la Empresa al trabajador de que va a ser despedido.

La compañía podrá exigir en cualquier momento la documentación acreditativa de que el asegurado continúa en situación de desempleo o incapacidad temporal. **No se pagarán prestaciones mensuales correspondientes a dichas situaciones, si dicha documentación requerida no es aportada por el asegurado en el plazo de 30 días desde que le fue requerida.**

Los derechos de esta garantía de protección de pago prescribirán al término de dos años desde la fecha del desempleo o baja laboral.

Obligaciones, Deberes y Facultades del Tomador o Asegurado

Pago de Primas.

Los recibos de prima deberán hacerse efectivos por el Tomador del seguro en los correspondientes vencimientos pactados, por anualidades completas anticipadas.

No obstante, las primas podrán establecerse y ser satisfechas mediante recibos mensuales, aplicando AXA Seguros Generales los recargos sobre la prima por fraccionamiento de pago. El fraccionamiento no libera al Tomador de la obligación de abonar la totalidad de la prima anual salvo en el caso de fallecimiento del Asegurado, en el que AXA Seguros Generales renuncia al cobro de las fracciones de primas relativas a dicho Asegurado que falten por vencer para completar la anualidad en curso.

El cambio del fraccionamiento de la prima de este contrato solo se podrá modificar en el vencimiento anual del mismo y por acuerdo de las partes, solicitándolo con al menos un mes de antelación al vencimiento.

La primera prima será exigible una vez firmado el Contrato. Si no hubiera sido pagada por el Tomador, AXA Seguros Generales tiene derecho a rescindir el Contrato o a exigir el pago en vía ejecutiva en base a la Póliza, y si no hubiera sido pagada antes de que se produzca el siniestro, AXA Seguros Generales no tendrá ninguna obligación, salvo pacto en contrario.

Las primas siguientes se satisfarán en la forma y condiciones pactadas. En caso de impago, la cobertura del Contrato quedará suspendida un mes después del día de vencimiento del recibo y el Contrato extinguido si AXA Seguros Generales no reclama su importe dentro de los seis meses siguientes. Durante este plazo, AXA Seguros Generales no se hará cargo de ninguna cobertura.

Cuando el Contrato esté en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la prima del período en curso.

Si el Contrato no hubiera sido resuelto conforme a las condiciones anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las 24 horas del día en que el Tomador pague la prima.

Cuando el contrato haya sido resuelto por falta de pago de la prima, el Tomador deberá devolver a AXA Seguros Generales las Tarjetas Individuales de las personas aseguradas.

En caso de anulación de póliza el tomador deberá hacer efectivo los recibos de copago por prestaciones realizadas en periodos anteriores al efecto de la anulación.

Domiciliación bancaria del pago de primas.

El lugar de pago de la prima será el que figure en la domiciliación bancaria. El Tomador del seguro entregará a AXA Seguros Generales los datos codificados de la cuenta bancaria o libreta de ahorros en la que se domiciliará el cobro de los recibos de este seguro, autorizando al Banco o Caja de Ahorros a hacerlos efectivos.

La prima se entenderá satisfecha a su vencimiento salvo que, intentando el cobro dentro del plazo de un mes a partir de dicha fecha, no existiesen fondos suficientes en la cuenta del obligado al pago. En este caso, AXA Seguros Generales notificará al Tomador que tiene el recibo a su disposición en el domicilio de ésta y el Tomador vendrá obligado a satisfacer en dicho domicilio la prima más gastos bancarios, comisiones, etc. que hubieren perjudicado a la Sociedad Aseguradora como consecuencia de dicho impago.

Otras obligaciones.

El Tomador del seguro y, en su caso, el Asegurado, tiene las siguientes obligaciones:

- a) Declarar a AXA Seguros Generales, de acuerdo con el Cuestionario de Salud que ésta le presente en cualquiera de los formatos, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo; quedará liberado de tal deber si AXA Seguros Generales no le presenta cuestionario o cuando, aún presentándose, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él.
Asimismo autoriza a los servicios médicos de AXA Seguros Generales, en lo que haga referencia a un accidente o enfermedad, a solicitar toda clase de información que consideren necesaria para la valoración del riesgo o para la tramitación de un siniestro.
- b) Comunicar a AXA Seguros Generales, lo antes posible, el cambio de domicilio. Si dicho cambio supone una agravación del riesgo, motivado por un mayor coste de los servicios en el nuevo domicilio, se incrementará el importe de la futura prima proporcionalmente; si, por el contrario, supusiera una disminución del riesgo, debido a un menor coste de los servicios en el nuevo domicilio, AXA Seguros Generales deberá reducir el importe de la prima futura proporcionalmente. AXA Seguros Generales, emitirá, en estos casos, un suplemento de la Póliza o realizará un nuevo Contrato. En estas circunstancias, el Tomador podrá optar por las nuevas condiciones o por la resolución del Contrato y la devolución de la parte de prima no consumida.
- c) Comunicar a AXA Seguros Generales, lo antes posible, las altas y bajas de Asegurados que se produzcan durante la vigencia del Contrato. Las altas y modificaciones tomarán efecto el día primero del mes siguiente a la fecha de la notificación, adaptándose la prima a la nueva situación. Las bajas deben producirse al vencimiento de la póliza; siempre que el Tomador lo comunique mediante escrito firmado con copia del DNI un mes antes del vencimiento del contrato, excepto por los motivos de resolución del contrato especificados en el apartado de Personas aseguradas de estas Condiciones Generales. Una vez realizada la baja se procederá a la adaptación del importe de la prima a la nueva situación.
En el supuesto de que el Tomador comunique la baja de uno de los asegurados amparados por la póliza, AXA Seguros Generales podrá anular la póliza y dar de baja al colectivo asegurado en la misma, habida cuenta que el importe de la prima para esta póliza se ha calculado en base al número de asegurados y al resultado técnico del contrato.
- d) Reducir las consecuencias del siniestro, empleando los medios posibles para el pronto restablecimiento. El incumplimiento de este deber con la intención de perjudicar o engañar a AXA Seguros Generales, liberará a ésta de toda prestación derivada del siniestro.
- e) Facilitar la cesión de derechos a favor de AXA Seguros Generales.
En caso de que el Asegurado tenga derecho a un resarcimiento por parte de terceros responsables, tal derecho pasa a AXA Seguros Generales por el importe de la indemnización satisfecha.
En el supuesto de concurrencia de AXA Seguros Generales y Asegurado frente a terceros responsables, la indemnización se repartirá de forma proporcional.

Cláusula firma electrónica y comunicaciones electrónicas/telefónicas

Información Firma electrónica

La Entidad Aseguradora podrá poner a disposición del tomador, sistemas de firma electrónica reconocida y/o avanzada para su uso en la suscripción del presente contrato de seguro, así como para la celebración de las operaciones posteriores que se encuentren disponibles por vía electrónica.

En caso de disposición y uso de los sistemas de firma electrónica reconocida y/o avanzada, ambas partes convienen la perfección del presente contrato o cualquier otra operación posterior disponible por esta vía. El proceso de firma electrónica reconocida y/o avanzada, podrá consistir en la asignación de los correspondientes elementos de seguridad, tales como claves, códigos u otro tipo de elemento que permita la identificación del firmante, así como se llevará a cabo con la intervención de un Tercero de Confianza conforme a la normativa aplicable.

Para la correcta gestión del proceso de firma electrónica, el tomador que utilice estos medios de firma, autoriza expresamente a la Entidad Aseguradora la puesta a disposición al Tercero de Confianza, la dirección de correo electrónico y el número de teléfono móvil declarado, con la única finalidad de posibilitar la generación y el envío de las claves identificativas necesaria para la ejecución de la firma electrónica, así como para el envío de la documentación objeto de firma y/o vinculada a la relación contractual.

En este sentido, ambas partes, de conformidad con lo establecido en la normativa aplicable, reconocen la plena validez de los contratos y operaciones firmadas utilizando sistemas de firma electrónica equiparando su validez a todos los efectos a los contratos y operaciones celebradas mediante firma manuscrita.

El tomador declara que los datos facilitados a lo largo del proceso de contratación y firma son veraces, ciertos y completos y se obliga a notificar a la Entidad Aseguradora cualquier modificación o cambio de los mismos respondiendo de los daños o perjuicios que pudiera causar a la Entidad Aseguradora o a terceros la falta de veracidad de los mismos.

En caso de personas jurídicas, el firmante declara que cuenta con plenos poderes y capacidad de representación suficiente para poder contratar en nombre de la entidad tomadora. Así mismo declara que los datos facilitados a lo largo del proceso son veraces, ciertos y completos y se obliga a notificar a la Entidad Aseguradora cualquier modificación o cambio de los mismos respondiendo de los daños o perjuicios que pudiera causar a Entidad Aseguradora o a terceros la falta de veracidad de los mismos. Por su parte la entidad tomadora informará a la Entidad Aseguradora de cualquier cambio que se produzca en la figura del representante legal para la correcta gestión de la póliza.

Información sobre las comunicaciones electrónicas

La Entidad Aseguradora podrá poner a disposición del tomador en su espacio privado de la Web Cliente, la documentación contractual e informaciones periódicas en soporte duradero, sin perjuicio de que en cualquier momento de la relación contractual el tomador pueda solicitar dicha información en soporte papel a la Entidad Aseguradora.

La Entidad Aseguradora podrá dirigirse al tomador por medios de comunicación electrónicos tales como el correo electrónico, teléfono móvil, web privada de clientes, etc. para la recepción de aquellas comunicaciones y notificaciones relativas a la gestión e información del presente contrato como es el caso de los avisos de renovación de las próximas anualidades, así como cualquier otra modificación sobre su póliza, información periódica, etc. sin perjuicio de que en cualquier momento de la relación contractual el tomador pueda solicitar esta información en soporte papel a la Entidad Aseguradora.

El correo electrónico será el medio establecido por defecto para remitir las comunicaciones contractuales (no comerciales) a aquellos tomadores que hayan informado del correo electrónico a la Entidad Aseguradora. Dichas comunicaciones podrán ser remitidas mediante un sistema de comunicaciones electrónicas certificadas con validez legal y plena eficacia jurídica, que en su caso, contará con la intervención de un Tercero de Confianza en los términos establecidos en la normativa aplicable y se considerarán recibidas desde el momento de su recepción por el tomador y/o puesta a disposición por la Entidad Aseguradora por los medios descritos.

Las comunicaciones o notificaciones realizadas por estos medios se podrán solicitar por el tomador en soporte papel o en cualquier otro duradero que se encuentre disponible, a través de los medios habituales de contacto con la Compañía.

El tomador se obliga a notificar a la Entidad Aseguradora cualquier modificación o cambio de los datos facilitados para recibir comunicaciones electrónicas no comerciales respondiendo de los daños o perjuicios que pudiera causar a la Entidad Aseguradora o a terceros la falta de veracidad de los mismos.

En cualquier momento de la relación contractual y en virtud del derecho normativamente conferido, el tomador podrá solicitar la modificación de la técnica de comunicación a distancia inicialmente establecida, siempre que dicha modificación sea técnicamente posible y preceptiva legalmente para la Entidad Aseguradora.

Información sobre comunicaciones telefónicas

La Entidad Aseguradora podrá grabar las conversaciones que mantenga con los tomadores, asegurados, personas de contacto o cualquier otra persona que llame a los teléfonos de la Compañía. Estas grabaciones se podrán utilizar como medio de prueba en cualquier reclamación que se pueda plantear entre ambas partes, así como para comprobar la calidad de los servicios prestados por la compañía aseguradora.

En su caso, el tomador de la póliza informará a los usuarios del seguro, de que la Entidad Aseguradora podrá grabar conversaciones telefónicas con dichos fines. El interlocutor de la llamada podrá solicitar a la Compañía que le facilite copia del contenido de estas conversaciones que se hubieran grabado entre ambos.

Tratamiento de datos de carácter personal

De conformidad con el Reglamento General de Protección de Datos, AXA SEGUROS GENERALES, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS trata sus datos personales conforme a las finalidades detalladas en la Política de privacidad de la Web <https://www.axa.es/acerca-axa/enlaces-politica-de-privacidad>, donde podrá consultar la restante información de privacidad. Podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, revocación del consentimiento, portabilidad y limitación en el tratamiento a través de la dirección buzon.lpd@axa.es.