

CONDICIONES GENERALES DEL CONTRATO DE SEGURO

SALUD REEMBOLSO PLUS

Garantías y Exclusiones Particulares del Contrato

1º.- PRESTACIONES ASEGURADAS

Este producto es un Seguro Mixto de reembolso de gastos sanitarios y de prestación de asistencia sanitaria a través de Cuadro Médico concertado por el Asegurador, mediante el cual, la Aseguradora se compromete a facilitar al Asegurado la cobertura de asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria que resulten necesarias por enfermedad o accidente (incluye accidentes de tráfico y accidentes laborales) del Asegurado, siempre y cuando, dichos gastos no rebasen **el Capital Máximo asegurado anual, y aplicándose los plazos de carencia indicados en el Resumen de Garantías.**

Se garantiza:

- **En caso de asistencia sanitaria por el Cuadro Médico de PLUS ULTRA Seguros:** El Asegurado podrá acceder a los facultativos recomendados por el Asegurador, identificándose previamente con su tarjeta sanitaria de Plus Ultra Seguros y con autorización del Asegurador en aquellos casos que se precise. En este caso y siempre que no se rebasen los límites establecidos en el Resumen de Garantías, el Asegurado no tiene que participar en el coste de las prestaciones ni adelantar cantidad alguna, siendo la totalidad del gasto a cargo del Asegurador.
- **En caso de asistencia sanitaria por Libre Elección (profesionales sanitarios ajenos al Cuadro Médico de Plus Ultra Seguros):** Se reembolsará al Asegurado el importe de las facturas por él abonadas, aplicando las franquicias y límites establecidos en el Resumen de Garantías, siendo las franquicias y los gastos que excedan de los límites máximos garantizados exclusivamente por cuenta del Asegurado. En ningún caso Plus Ultra Seguros reembolsará al Asegurado el coste de las facturas emitidas por profesionales sanitarios concertados en el Cuadro Médico del Asegurador.

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

Los avances diagnósticos y terapéuticos que se vayan produciendo en la ciencia médica, en el periodo de cobertura de este seguro, podrán pasar a formar parte de las coberturas de esta póliza siempre que los estudios de validación de su efectividad sean ratificados por las Agencias de Evaluación de las Tecnologías Sanitarias dependientes de los Servicios de Salud de las CC.AA. o del Ministerio de Sanidad, mediante un informe positivo. En cada renovación de esta póliza, se detallará las técnicas o tratamientos que pasan a formar parte de las coberturas de la póliza para el siguiente periodo.

Las diferentes prestaciones de tipo asistencial se concretan exclusivamente a los siguientes conceptos:

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

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

www.plusultra.es

MEDICINA PRIMARIA

- **Ambulancia.** Para el traslado de los enfermos al sanatorio o viceversa, y solo para ingreso hospitalario o asistencia de urgencia y siempre que concurren especiales circunstancias que impidan la utilización de los servicios ordinarios de transporte (servicios públicos, taxi o vehículo propio). Será necesaria la prescripción de un Médico, excepto en caso de urgencia vital. **La distancia máxima cubierta para estos traslados será la fijada en el Resumen de Garantías.**
- **Ayudante Técnico Sanitario.** En consultorio y/o a domicilio del Asegurado, previa prescripción de un médico.
- **Medicina General.** En consulta y a domicilio cuando la enfermedad impida al paciente acudir a la consulta.
- **Puericultura y Pediatría.** Se aplicarán las normas citadas en cuanto a Medicina General. **Ampara hasta los 14 años.**
- **Urgencias.**

ESPECIALIDADES MÉDICAS

- **Alergología.** Las vacunas y extractos serán por cuenta del Asegurado y prescritas a través de oficinas de farmacia.
- **Anestesiología y Reanimación.**
- **Aparato Digestivo.**
- **Cardiología.**
- **Dermatología y Venereología.** Se excluye: Los tratamientos con Láser para afecciones cutáneas.
- **Endocrinología.**
Se excluye: Los tratamientos para la obesidad exógena, educación dietética y diabetológica.
- **Estomatología.** Salvo contratación expresa del Suplemento Dental se cubrirán extracciones, curas estomatológicas derivadas de éstas y una limpieza de boca al año, **hasta el límite fijado en el Resumen de Garantías.**
La contratación opcional del Suplemento Dental, que deberá constar expresamente para su validez en el Resumen de Garantías, otorga por Asegurado y año las siguientes garantías adicionales: Una limpieza de boca, 6 obturaciones, 4 endodoncias y tratamiento inicial de la periodoncia y únicamente se prestará la asistencia en Servicios Concertados.
Se excluye: Cualquier otro tipo de tratamiento distinto de los anteriormente señalados, salvo los necesarios con motivo de un accidente cubierto por la póliza que afecte a otros órganos distintos de la cavidad oral. Así como todo tipo de prótesis odontológicas.
- **Geriatría.**
- **Ginecología.** Incluyen revisiones ginecológicas. Dichas revisiones incluyen: Examen Clínico por Ginecólogo, Citología y Ecografía.
- **Hematología.**
Se excluye: Los tratamientos y pruebas prescritos en programas de trasplante de médula.
- **Medicina Interna.**
- **Nefrología.**
- **Neumología.**
- **Neurofisiología.**
- **Neurología.**
- **Obstetricia/Tocología.** Seguimiento del embarazo y la asistencia al parto. Se requerirá un período de carencia detallado en el Resumen de Garantías, salvo en los supuestos de partos distócicos o prematuros.

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

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

Esta prestación comprende en concreto las visitas de obstetricia, ecografías de embarazo, analítica prescrita por el obstetra, amniocentesis en caso de triple screening positivo, edad superior a 35 años o antecedentes patológicos que la justifiquen, monitorización fetal en caso necesario, asistencia al parto o cesárea por el tocólogo y comadrona, anestesia epidural, estancia en clínica de la asegurada y su manutención, gastos de la sala de partos y quirófano y atención al recién nacido.

- **Oftalmología.**
- **Oncología médica.**
- **Otorrinolaringología.** Se excluyen los tratamientos por radiofrecuencia.
- **Psiquiatría.** Tratamiento de enfermedades mentales y nerviosas bajo prescripción facultativa.

Se excluye: Todo lo relacionado con la psicología (Psicoanálisis, hipnosis, psicoterapia, y test psicológico), así como los tratamientos de deshabituación a drogas y alcohol.

- **Reumatología.**
- **Traumatología y Ortopedia.**
- **Urología.** Queda incluida la vasectomía.

ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS

- **Anestesiología.**
- **Angiología. Cirugía vascular.**
- **Cirugía Cardiovascular.**
- **Cirugía Dermatológica.** **Se excluye:** Los tratamiento con Láser para afecciones cutáneas.
- **Cirugía General y del Aparato Digestivo.**
- **Cirugía Maxilofacial.**
- **Cirugía Obstétrica y Ginecológica.**
- **Cirugía Oftalmológica.** Los tratamientos por laser para la corrección de los defectos de refracción visual (miopía, hipermetropía y astigmatismo) serán a cargo del Asegurado. Se cubre el tratamiento para retinopatías con Láser oftálmico.
- **Cirugía Otorrinolaringológica y Microaudiocirugía.** Se excluyen los tratamientos por radiofrecuencia.
- **Cirugía Pediátrica.**
- **Cirugía Plástica y Reparadora.**
Se excluye: La cirugía estética.
- **Cirugía Torácica.**
- **Cirugía Traumatológica.** Artroscopias. Cirugía de la mano.
- **Cirugía Urológica.**
Se excluye: Diagnóstico y tratamiento de la impotencia, el tratamiento de las afecciones prostáticas por Hipertermia y la cirugía reconstructiva de técnicas anticonceptivas previas.
- **Neurocirugía.**

HOSPITALIZACION

La hospitalización, en caso de realizarse en Centros Concertados por el Asegurador, el enfermo ocupará una habitación individual dotada de aseo y cama de acompañante excepto en las hospitalizaciones psiquiátricas, en U.V.I e incubadora, y siendo por cuenta del Asegurador: Estancia, manutención del enfermo, curas y su material, así como gastos de quirófano, productos anestésicos y medicamentos. La hospitalización será ordenada por los médicos del Asegurador, quien otorgará su conformidad, salvo que entendiese que se trata de una prestación no cubierta. En los casos de urgencia vital será suficiente la orden del Médico, debiendo obtener el Asegurado conformidad de la Aseguradora dentro de las setenta y

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

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

dos horas siguientes al ingreso.

La hospitalización en Centros no Concertados por el Asegurador, comprende el reembolso de los gastos derivados de la hospitalización del Asegurado **con los límites máximos fijados en el Resumen de Garantías.**

- **Hospitalización a domicilio.** Esta hospitalización será aplicable para casos de enfermos terminales, postquirúrgicos y crónicos para los que no fuera imprescindible un ingreso hospitalario. La asistencia al enfermo la realizarán los Médicos y ATS de la unidad, asistiendo al enfermo en su domicilio, con la frecuencia que su estado requiera. Si el tratamiento lo requiere, serán facilitados al paciente sin costo para él, la oxigenoterapia, fluidoterapia y material desechable (sondas y catéteres, etc.).

Se excluye: La asistencia social.

- **Hospitalización en Unidad de Vigilancia Intensiva.**
- **Hospitalización Médica.** La duración del internamiento será determinado por el médico encargado de la asistencia, hasta el momento en que éste estime conveniente el traslado del enfermo a su domicilio.
- **Hospitalización Pediátrica.** Incluye la asistencia del médico pediatra tanto en la hospitalización convencional, como en incubadora. **Ampara hasta los 14 años.**
- **Hospitalización Psiquiátrica.** Sólo se facilitará para el tratamiento de los brotes agudos. Esta cobertura se limita a un **período máximo fijado en el Resumen de Garantías.**
- **Hospitalización Quirúrgica.**
- **Honorarios Médicos.** Se incluyen los conceptos de cirujano, ayudantes, anestelistas y consultas de especialistas, con el límite por cada intervención y según la clasificación en grupos de actos médicos, descritos ambos en el Resumen de Garantías.
- **Hospitalización sin cargo a la póliza.** Si los gastos por estancia hospitalaria indicados en los apartados anteriores no fuesen a cargo de la póliza, y siempre que los ingresos estuvieran cubiertos por las garantías contratadas, el Asegurador abonará por cada día completo de hospitalización la cantidad estipulada y por un período máximo **fijado en el Resumen de Garantías.**

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

- **Análisis Clínicos.**
Se excluye: Los análisis de tipo genético (estudios cromosómicos) salvo autorización expresa del Asegurador. Para su autorización por parte del Asegurador será obligatorio presentar informe clínico donde se exprese la indicación de dichos estudios.
 - **Anatomía Patológica.**
 - **Diagnóstico de infertilidad**
 - **Medicina Nuclear**
 - **Diagnóstico por imagen:** Cubre las técnicas habituales como radiología general, ecografía, tomografía axial computerizada (T.A.C.), resonancia magnética, angiografía, arteriografía digital y gammagrafía, la densitometría ósea, mamografía y servicios de radiología intervencionista o invasiva.
Coronariografía por T.A.C.: en pacientes con síntomas de enfermedad coronaria con prueba de isquemia no concluyente, cirugía de recambio valvular, valoración de estenosis coronaria tras intervención de By-pass y malformaciones del árbol coronario.
- El PET y PET/TAC:** Es objeto de cobertura exclusivamente para las indicaciones autorizadas por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios con el fármaco fludeoxiglucosa, dichas indicaciones son concretamente las siguientes:

Oncología

Diagnóstico:

- Caracterización del nódulo pulmonar solitario.
- Detección del tumor de origen desconocido evidenciado, por ejemplo, por adenopatía cervical, metástasis hepáticas u óseas.
- Caracterización de una masa pancreática.

□

Estadificación:

- Tumores de cabeza y cuello, incluyendo biopsia guiada asistida.
- Cáncer de pulmón primario.
- Cáncer de mama localmente avanzado.
- Cáncer de esófago.
- Carcinoma de páncreas.
- Cáncer colorrectal, especialmente en las recurrencias.
- Linfoma maligno.
- Melanoma maligno, con Breslow mayor de 1,5 mm o metástasis en nódulos linfáticos en el diagnóstico inicial.

Monitorización de la respuesta al tratamiento:

- Linfoma maligno.
- Tumores de cabeza y cuello.

Detección en caso de sospecha razonable:

- Gliomas con alto grado de malignidad (III o IV).
- Tumores de cabeza y cuello.
- Cáncer de tiroides (no medular): pacientes con incremento de los niveles séricos de tiroglobulina y rastreo corporal con yodo radiactivo negativo.
- Cáncer de pulmón primario.
- Cáncer de mama.
- Carcinoma de páncreas.
- Cáncer colorrectal.
- Cáncer de ovario.
- Linfoma maligno.
- Melanoma maligno.

Neurología

- Localización de focos epileptógenos en la valoración prequirúrgica de la epilepsia temporal.

SEGUNDO DIAGNÓSTICO

Queda garantizada la obtención de un Segundo Diagnóstico en caso de lesiones graves del Asegurado, entendiéndose por tales las seguidamente indicadas. **Es necesario, para acceder a esta garantía, la autorización expresa de los servicios médicos del Asegurador.**

Patologías graves:

- Enfermedades infecciosas.
- Enfermedades neurológicas
- Enfermedades neuroquirúrgicas
- Enfermedades cardiovasculares
- Cáncer

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

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

- Tumores benignos
- Enfermedades oftalmológicas
- Enfermedades otorrinolaringológicas (ORL)
- Enfermedades hematológicas
- Trasplante de órganos
- Enfermedades renales y urológicas
- Enfermedades respiratorias
- Enfermedades ginecológicas y obstétricas
- Enfermedades gastrointestinales y hepáticas
- Enfermedades endocrinológicas y metabólicas.
- Enfermedades dermatológicas
- Enfermedades reumatológicas y del tejido conectivo excluyendo fibromialgia y síndrome de fatiga crónica

La prestación del Servicio InterConsulta se realiza mediante el análisis de toda la Información Médica necesaria, así como, la revisión de pruebas complementarias por especialistas de reconocido prestigio en cada una de las enfermedades descritas anteriormente. Para iniciar el proceso del Servicio InterConsulta es necesario que el departamento médico que gestiona Plus Ultra acredite que la enfermedad objeto del Servicio reúne las características de patología grave, crónica, degenerativa o que afecte de forma significativa a la calidad de vida del Usuario.

InterSalud Servicios Personalizados e InterSalud Servicios Administrativos: Son aquellos servicios en los que Plus Ultra ofrece los diferentes aspectos relacionados con el desplazamiento del Usuario al extranjero. La prestación de servicios, InterSalud Servicios Personalizados e InterSalud Servicios Administrativos, se inicia cuando el Usuario decide desplazarse fuera de España para recibir atención médica especializada, tras utilizar el Servicio InterConsulta y siguiendo las recomendaciones dadas en el Informe InterConsulta.

Se excluye: Enfermedades agudas (de corta duración), no severas, enfermedades psiquiátricas, problemas odontológicos, problemas de infertilidad y en general aquellas enfermedades que no hayan sido valoradas por un médico especialista. Patologías no contenidas en la relación anterior, Cirugía estética, Autolesiones y SIDA.

Dichos servicios se concretan en:

- Asesoramiento en la elección de especialistas y centros hospitalarios.
- Reserva de billetes, alojamiento y demás servicios relacionados con el desplazamiento.
- Obtención de presupuestos y costes estimados de hospitalización y honorarios médicos.
- Coordinación de citas médicas y gestión de admisión en el centro hospitalario seleccionado.
- Supervisión de la atención en el centro hospitalario y del resultado de las consultas con los facultativos.
- Coordinación de la información médica entre los especialistas involucrados.
- Seguimiento del tratamiento y evolución del Usuario durante su estancia en el país de destino por personal sanitario.
- Recepción y análisis de las correspondientes facturas y aplicación de descuentos concertados con los centros hospitalarios.
- Centralización de la gestión de pagos a los centros hospitalarios

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

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

MEDIOS TERAPÉUTICOS

- **Aerosolterapia, oxigenoterapia y ventiloterapia.** Régimen de hospitalización y domiciliaria, en este caso los medicamentos serán por cuenta del Asegurado.
- **Acupuntura.** Sólo en aparato locomotor y hasta el **máximo establecido en el Resumen de Garantías.**
- **Fisioterapia y Rehabilitación.** Se prestará con carácter ambulatorio, previa prescripción de un especialista (rehabilitador, traumatólogo, reumatólogo, cardiólogo o neurólogo), para las enfermedades subsidiarias de estos tratamientos, incluyendo Radioterapia, Electroradioterapia, Magnetoterapia y Laserterapia, así como la rehabilitación manual. **Esta cobertura queda limitada, en su duración, al límite indicado en el Resumen de Garantías.**

Únicamente para rehabilitación por enfermedades o lesiones del aparato locomotor y rehabilitación cardíaca.

Se excluye: Los tratamientos cuando se haya conseguido la recuperación funcional o el máximo posible de ésta, o cuando se convierta en terapia de mantenimiento ocupacional y rehabilitación de carácter neurológico. La rehabilitación del suelo pélvico y de los drenajes linfáticos, a excepción del drenaje linfático postcirugía oncológica de mama con afectación ganglionar, acontecida durante el curso de la vigencia de la póliza.

- **Hemodiálisis.** Se cubre sólo el tratamiento de las insuficiencias renales de carácter agudo.
- **Homeopatía y Medicina Deportiva.**
- **Litotricia.** Consiste en el tratamiento de los cálculos alojados en el aparato urinario, mediante el uso de ondas de choque. **Esta cobertura queda limitada, en su duración, al límite indicado en el Resumen de Garantías.**
- **Logofoniatría.** Se cubren los procesos orgánicos reversibles, **hasta los límites fijados en el Resumen de Garantías.**

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

- **Oncología Clínica, Quimioterapia y Radioterapia.** Se cubre la orientación y tratamiento por médicos especialistas en Oncología de las enfermedades subsidiarias de esta especialidad. En estos tratamientos, el Asegurador, en lo que se refiere a medicamentos, únicamente correrá con los gastos correspondientes a los productos farmacéuticos específicamente citostáticos y administrados vía parenteral, que se expandan en el mercado nacional y estén debidamente autorizados por el Ministerio de Sanidad, en las indicaciones que figuran en la ficha técnica del producto.
- **Podología.** Se cubren los tratamientos de uña encarnada y de papiloma, así como los tratamientos de quiropodia **hasta el límite máximo establecido en el Resumen de Garantías.**
- **Preparación al Parto.**
- **Tratamiento del dolor.** Se cubren tratamientos del dolor específicamente indicados como cuidados paliativos en caso de enfermedades oncológicas y neurológicas.

RECIÉN NACIDOS

- **Asistencia Neonatal:** Se cubrirán los gastos hospitalarios y médicos ocasionados por los recién nacidos, siempre y cuando la madre biológica esté dada de alta en la póliza con fecha de efecto superior o igual a 8 meses de antelación al nacimiento y los hijos recién nacidos, sean dados de alta en la entidad Aseguradora en un plazo máximo de 15 días, a contar desde la fecha de nacimiento. En las pólizas de los recién nacidos que cumplan con estos requisitos, no se aplicará los periodos de carencia.

Si el alta del recién nacido se comunica con posterioridad al plazo indicado, será necesario cumplimentar el Cuestionario de Salud y la Aseguradora podrá denegar la admisión. De aceptarse el nuevo Asegurado, serán aplicables a éste los periodos de carencia establecidos en el Resumen de Garantías.

Para el alta del recién nacido es imprescindible la presentación del informe del neonatólogo.

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

ENFERMEDAD CONGENITA

- **Enfermedades congénitas:** Es aquella que existe en el momento del nacimiento, como consecuencia de factores hereditarios o afecciones adquiridas durante la gestación hasta el mismo momento del nacimiento. Una afección congénita puede manifestarse y ser reconocida inmediatamente después del nacimiento, o bien, ser descubierta más tarde, en cualquier periodo de la vida del Asegurado.

Para que las enfermedades congénitas estén amparadas por la cobertura de la póliza, **hasta los límites fijados en el Resumen de Garantías**, es necesario cumplir alguno de los siguientes requisitos:

- El Asegurado esté dado de alta en la entidad Aseguradora en los primeros 15 días siguientes desde la fecha de nacimiento y que la madre biológica esté dada de alta en la póliza con fecha de efecto superior o igual a 8 meses de antelación al nacimiento del Asegurado.
- Que el Asegurado antes de la contratación de la póliza haya declarado la enfermedad congénita, y haya sido aceptada expresamente por la Aseguradora y conste especificado en las Condiciones Particulares de la póliza.

PATOLOGIAS CON LIMITACION

- **SIDA.** Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, con un límite máximo de gasto de 6.000 EUROS por Asegurado y para toda la duración del síndrome, **con los límites fijados en el Resumen de Garantías.**

PLANIFICACIÓN FAMILIAR

- **Planificación Familiar:** Ligaduras de trompas, Implantación de D.I.U. (**excluido el dispositivo**) y vasectomías. Con el periodo de carencia establecido en el Resumen de Garantías.

PRÓTESIS

- **Prótesis:** Es Todo elemento de cualquier naturaleza, que reemplaza temporal o permanentemente la ausencia de un órgano, miembro o parte de alguno de éstos.

Comprende exclusivamente, previa prescripción escrita de un médico especialista, las prótesis y "material implantable" expresamente indicados a continuación:

Oftalmología: Lente intraocular monofocal utilizada para la cirugía de cataratas

Traumatología y Cirugía Ortopédica: Prótesis de cadera, rodilla, y de otras articulaciones; material necesario para la fijación de columna; disco intervertebral; material de interposición intervertebral (o interespinosas); material necesario para vertebroplastia-cifoplastia; material osteo-ligamentoso biológico obtenido de bancos de tejidos nacionales; material de osteosíntesis.

Área Cardiovascular: Stent, by-pass periférico o coronario, medicalizado o no medicalizado, con exclusión de los empleados en aorta en cualquiera de sus tramos y en los conductos valvulados; válvulas cardíacas con exclusión de los conductos valvulados; marcapasos; coils y/o materiales de embolización.

Quimioterapia o Tratamiento del Dolor: Reservorios.

Otros materiales quirúrgicos: Mallas abdominales; sistemas de suspensión urológica; sistemas de derivación de líquido cefalorraquídeo (hidrocefalia); prótesis de mama y

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

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

expansores, exclusivamente en la mama afectada tras mastectomía radical cubierta durante el periodo de vigencia de la póliza.

Se excluye: Cualquier tipo de material ortopédico, las ortesis, los fijadores externos, los materiales biológicos o sintéticos, los injertos (excepto injertos óseos), prótesis e implantes osteointegrados dentales y cocleares, prótesis de pene, escroto, expansores de piel y/o prótesis auditivas y las lentes intraoculares multifocales, así como cualquier tipo de desfibrilador, el corazón artificial y las prótesis que no están relacionadas en este apartado, siendo las prótesis excluidas a cuenta del Asegurado.

Esta cobertura queda limitada al máximo fijado en el Resumen de Garantías, siendo necesario el transcurso del plazo de carencia fijado en el mismo.

MEDICINA PREVENTIVA

- **Chequeo Ginecológico.** Revisión ginecológica anual para la prevención del cáncer de mama, endometrio y cérvix.
- **Unidad del niño sano.** Exámenes de salud al recién nacido, incluyendo pruebas de metabolopatías así como un programa de controles de salud en las edades claves del desarrollo durante los cuatro primeros años.
- **Chequeo preventivo de riesgo coronario.** Incluye consulta con historia clínica y anamnesis, exploración física, electrocardiograma y las pruebas que el equipo médico de la Unidad de Prevención considere necesarias.
- **Chequeo preventivo del cáncer colorrectal.** Incluye consulta con historia clínica y anamnesis, exploración física, test específico y colonoscopia en caso de indicación médica.
- **Chequeo preventivo del cáncer de próstata.** Incluye consulta con historia clínica y anamnesis, exploración física y las pruebas que el equipo médico de la Unidad de Prevención considere necesarias.
- **Chequeo médico adulto.** Los asegurados de cuarenta años cumplidos o más tendrán derecho a partir del segundo año de vigencia de la póliza a un chequeo médico anual. En el caso de realizarse en Servicios Concertados, éste incluirá: Revisión clínica por médico especialista, Electrocardiograma, Análisis de sangre (fórmula, recuento, velocidad, urea, glucosa, colesterol, H.D.I). citología (mujeres), Análisis de orina (sistemáticos), Rayos X, Placas simples de tórax y abdomen e Informe al Asegurado.

En Centros no Concertados por el Asegurador, se reembolsará **con los límites máximos fijados en el Resumen de Garantías.**

2º.- FORMA DE PRESTACION DE LOS SERVICIOS MEDICOS A TRAVES DEL CUADRO MEDICO CONCERTADO

Asistencia médico-sanitaria: Los Asegurados podrán acudir libremente a las consultas de los especialistas.

En caso de hospitalización o prestación de un servicio asistencial, el Asegurado deberá obtener su confirmación por parte del Asegurador, quien otorgará confirmación, salvo que se trate de una prestación no cubierta.

El Asegurador se obliga a prestar los servicios únicamente en el domicilio que figure en la póliza y cualquier cambio del mismo habrá de ser notificado con una antelación mínima de ocho días al requerimiento de cualquier servicio.

Visitas domiciliarias: Se efectuarán únicamente cuando por motivos que dependan sólo de la enfermedad que aqueje al Asegurado, éste no pueda trasladarse al consultorio del facultativo a la hora señalada de visita. Aquellas habrán de solicitarse antes de las 9:00 horas de la mañana para que se efectúen en el transcurso de la misma, y antes de las 16:00 horas, para que se realicen en el transcurso de la tarde.

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

Urgencias: En los casos de urgencias deberá acudir a los servicios permanentes de urgencia que tenga establecidos la Aseguradora.

Se excluye: los cargos hospitalarios por uso de teléfono y otros servicios no relacionados directamente con la enfermedad, fármacos y medicinas prescritas por el médico encargado de la atención en régimen de internamiento o del servicio de urgencias.

3º.- SERVICIO DE INFORMACIÓN MÉDICA EN ESPAÑA

Se garantiza:

Un servicio de información telefónica de carácter médico, atendido por facultativos, las veinticuatro horas del día, todos los días del año, referente a enfermedades, tratamientos y prevención de su salud, así como en la utilización de medicamentos, comprensión de informes de laboratorio, terminología médica, evaluación de informes y diagnósticos. Dada la imposibilidad de establecer un diagnóstico por teléfono, la información debe ser considerada como mera sugerencia, no siendo responsable de la misma ni la Aseguradora ni sus cuadros médicos. Asimismo, todas las solicitudes de información quedaran amparadas por el secreto profesional.

4º.- ASISTENCIA INTERNACIONAL EN VIAJE

Se garantiza: Las coberturas seguidamente indicadas que resulten necesarias por enfermedad o accidente del Asegurado, de carácter no previsible, cuando se produzcan con motivo de viaje al extranjero cuya estancia no sea superior a 90 días consecutivos.

Excepto países que en el momento de la asistencia se encuentren en situación de conflicto bélico, estén o no declarados oficialmente.

- **Traslado sanitario de heridos y enfermos:**

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

- **Pago de gastos de curación en el extranjero:**

Comprende los gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos, de traslado, incluida ambulancia para traslado local (por prescripción médica), y hospitalización, **hasta el límite máximo de 12.000 Euros por persona.** Se incluyen los gastos de odontólogo, por problemas agudos que requieran tratamiento de urgencia, **hasta el límite máximo de 30 Euros.**

- **Prolongación de estancia en hotel:**

Comprende los gastos por prórroga de estancia en hotel **hasta el límite máximo de 10 días y 36 Euros/día,** en caso de imposibilidad, médicamente prescrita, de continuar el viaje tras una hospitalización del Asegurado.

- **Desplazamiento y estancia de acompañante en caso de hospitalización:**

Comprende los gastos de desplazamiento (ida y vuelta) de un acompañante desde cualquier punto de España, en tren (1ª clase) o avión (Turista), y gastos de alojamiento **hasta el límite máximo de 10 días y 36 Euros/día,** en el caso en que se precise hospitalización del Asegurado.

- **Repatriación o transporte fallecidos:**

Comprende el traslado del féretro hasta su lugar de inhumación en España, gastos de ataúd mínimo obligatorio, de embalsamamiento y de las formalidades administrativas. En caso de fallecimiento del Asegurado **se excluyen los gastos de inhumación y ceremonia.**

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

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

Se excluyen de todas las prestaciones de asistencia internacional en viaje:

- Las garantías y prestaciones que no hayan sido solicitadas al Asegurador y que no hayan sido efectuadas con su acuerdo o por él, salvo en casos de fuerza mayor o de imposibilidad material demostradas.
- Las derivadas de la participación del Asegurado en competiciones deportivas, apuestas, concursos.
- Las enfermedades conocidas por el Asegurado antes de iniciar el viaje, incluso si se trata de recaídas o su agravación.
- Cuando el objeto del viaje sea recibir tratamiento médico.
- Enfermedades mentales y estados patológicos, conocidos por el Asegurado, antes de iniciar el viaje.
- Embarazos. Se excluye cualquier complicación a partir de las 24 semanas de gestación.
- Gastos por enfermedades crónicas, gafas, lentillas, muletas, prótesis.
- Consultas sobre diagnósticos, rehabilitaciones, de enfermedades nerviosas, curas termales, balnearios, curas de reposo, etc.
- Gastos médicos en el extranjero inferior a 15 Euros.
- Gastos médicos prescritos y/o recetados en España.
- Afecciones o lesiones que no impidan la continuación del viaje.
- Tratamiento de enfermedades provocados por intencional ingestión de narcóticos, tóxicos, utilización medicamentos sin prescripción médica, y consumo de bebidas alcohólicas.
- La muerte por suicidio o las enfermedades y lesiones resultantes del intento del mismo o causadas intencionadamente por el Asegurado a sí mismo, así como las derivadas de acciones criminales, directas o indirectas, de éste.
- Las exclusiones generales del Contrato de Seguro, Capítulo IV

Forma de prestación de los Servicios de Asistencia en el Extranjero

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

Normas aplicables al Contrato

1º.- DURACIÓN DEL CONTRATO

Las garantías de la póliza entran en vigor en la hora y fecha indicadas en el Capítulo I “Elementos Esenciales del Contrato”, siempre y cuando el Tomador haya firmado la póliza o el documento provisional de cobertura y pagado el recibo de prima correspondiente. La póliza será renovable por periodos anuales a su vencimiento (1º de Enero de cada año)

No obstante, cualquiera de las partes en el contrato puede manifestar su oposición a la prórroga, siempre que ésta se realice por escrito con una antelación de dos meses al vencimiento de la póliza vigente.

Cumplidos los primeros tres años de duración anual de la póliza de seguro, el Asegurador renuncia a su derecho a la oposición a la prórroga citado.

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

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

2º.- DEBER DE INFORMACIÓN Y COLABORACIÓN

Al concretar el seguro:

El contrato de seguro se basa en la buena fe, por este motivo, el Tomador / Asegurado deben declarar en la solicitud de seguro y correspondiente cuestionario de salud todas las circunstancias por ellos conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo, es decir, toda clase de enfermedades, defectos o deformaciones preexistentes y/o congénitas, a consecuencia de accidentes o enfermedades ocurridos con anterioridad a la fecha de la inclusión de cada Asegurado en la póliza; así como los que puedan derivarse de aquellos.

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

Durante la vigencia del seguro.

El Tomador del seguro o el Asegurado deberán durante el curso del contrato comunicar al Asegurador, tan pronto como le sea posible, todas las circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del contrato no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas.

El Asegurador puede, en un plazo de dos meses a contar del día en que la agravación le ha sido declarada, proponer una modificación del contrato. En tal caso, el Tomador dispone de quince días a contar desde la recepción de esta proposición para aceptarla o rechazarla. En caso de rechazo, o de silencio por parte del Tomador, el Asegurador puede, transcurrido dicho plazo, rescindir el contrato previa advertencia al Tomador, dándole para que conteste un nuevo plazo de quince días, transcurridos los cuales y dentro de los ocho siguientes comunicará al Tomador la rescisión definitiva.

El Asegurador igualmente podrá rescindir el contrato comunicándolo por escrito al Asegurado dentro de un mes, a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo. En el caso de que el Tomador del seguro o el Asegurado no haya efectuado su declaración y sobreviniere un siniestro, el Asegurador queda liberado de su prestación si el Tomador o el Asegurado ha actuado con mala fe. En otro caso, la prestación del Asegurador se reducirá proporcionalmente a la diferencia.

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

El Tomador / Asegurado deberá emplear la diligencia debida para aminorar las consecuencias del siniestro, y su incumplimiento dará derecho al Asegurador a reducir la prestación en la proporción oportuna, teniendo en cuenta la importancia de los daños y el grado de culpa del Tomador / Asegurado. En el caso de que se produjera la manifiesta intención de perjudicar o engañar al Asegurador, quedará el Asegurador liberado del pago de la prestación.

El Tomador / Asegurado, deberá facilitar al Asegurador, cuanta documentación e información médica le sea requerida, a los efectos de valorar la cobertura de las prestaciones que solicite. Una vez sea requerida por el Asegurador, el proceso de otorgamiento de cobertura, en su caso, quedará en suspenso hasta la completa obtención de la información requerida. A los efectos anteriores, en caso que sea necesario para obtención de la documentación e información médica interesada por la Aseguradora, el Tomador / Asegurador prestará los consentimientos oportunos que procesan al médico especialista o centro médico que le haya prestado asistencia sanitaria, para el tratamiento de sus datos conforme legislación aplicable y

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

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

su posterior cesión a la Aseguradora con la finalidad de habilitar a esta última para la adecuada valoración de la cobertura de la prestación a la vista del contrato de seguro.

3º.- CONDICIONES ECONÓMICAS DE LA PÓLIZA

LA PRIMA DEL SEGURO

El Tomador está obligado al pago de la prima de seguro conforme a lo pactado en la presente póliza, resultando aplicable, en cuanto a la prima, lo estipulado en los artículos 14 y 15 de la Ley 50/80, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.

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

La prima anual de esta póliza quedará modificada automáticamente en cada vencimiento anual en función de la variación que experimente el Índice General de Precios de Consumo que publica el Instituto Nacional de Estadística u organismo que lo sustituya y en relación a la evolución de los datos del sector publicado por ICEA. Además, adicionalmente, podrá modificarse la prima anual en función de la edad alcanzada por cada uno de los Asegurados y la zona geográfica correspondiente al domicilio de la prestación, aplicando la Tarifa de Primas vigente, en caso de variación de la misma, al amparo del artículo 25.3 del texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.

Estas actualizaciones de Primas y franquicias se fundamentarán en los cálculos técnicoactuariales necesarios para determinar la incidencia en el esquema financieroactuarial del Seguro, del incremento del coste de los servicios sanitarios, el aumento de la frecuencia de las prestaciones cubiertas por la Póliza, la incorporación a la cobertura garantizada de innovaciones tecnológicas de aparición o utilización posterior a la perfección del Contrato u otros hechos de similares consecuencias.

Si por culpa del Tomador la primera prima no ha sido pagada, o la prima única no lo ha sido a su vencimiento, el Asegurador tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima debida en vía ejecutiva con base en la póliza. Salvo pacto en contrario, si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el Asegurador quedará liberado de su obligación.

En caso de falta de pago de una de las primas siguientes, la cobertura del Asegurador queda suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si el Asegurador no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima se entenderá que el contrato queda extinguido. En cualquier caso, el Asegurador, cuando el contrato esté en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la prima del período en curso.

Si el contrato no hubiere sido resuelto o extinguido conforme a los párrafos anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el Tomador pagó su prima.

4º.- SUBROGACION

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

5º.- COMUNICACIONES

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

Las comunicaciones efectuadas por un Corredor de seguros al Asegurador en nombre del Tomador del seguro surtirán los mismos efectos que si las realizara el propio Tomador, salvo indicación en contrario de éste. En todo caso se precisará el consentimiento expreso del Tomador del seguro para suscribir un nuevo contrato o para modificar o rescindir el contrato de seguro ya en vigor.

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

6º.- PRESCRIPCIÓN

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

7º.- PLAZOS DE CARENANCIA

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

8º.- MARCO NORMATIVO

La Sociedad PLUS ULTRA, SEGUROS GENERALES Y VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS., tiene su domicilio en Madrid c/ Plaza de las Cortes, nº 8, siendo aplicable al presente contrato de seguro la legislación española. En concreto, el presente contrato se rige por la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, el Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, la Orden ECO/734/2004, de 11 de marzo, por la que se regulan los Departamentos y Servicios de Atención al Cliente y el Defensor al Cliente de las entidades financieras, y demás legislación aplicable, así como por lo expresamente pactado en el contrato.

La autoridad de control es la Dirección General de Seguros y Fondo de Pensiones del Ministerio de Economía y Hacienda.

9º.- LIBRE ELECCION DE LOS SERVICIOS MÉDICOS (AJENOS AL CUADRO MÉDICO DE PLUS ULTRA SEGUROS)

Están excluidos los reembolsos de las facturas generados por los profesionales y centros concertados que figuran en el Cuadro Médico de Plus Ultra Seguros, siendo responsabilidad del Asegurado conocer esta circunstancia antes de recibir la asistencia sanitaria, para lo cual el Asegurador otorgará las máximas facilidades de información telefónica (902 25 10 25) así como de acceso a la información en la página web de Plus Ultra Seguros: www.PlusUltra.es.

Tramitación. Cuando el Asegurado no utilice los servicios de asistencia sanitaria a través del Cuadro Médico concertado por el Asegurador, el Asegurado deberá realizar directamente el pago al profesional y/o centro sanitario.

El Asegurado o cualquier persona en su nombre, deberá solicitar el reembolso de las facturas al Asegurador, siempre que se trate de prestaciones cubiertas por este Contrato de Seguro, aportando las facturas abonadas, con el desglose de los actos médicos realizados, la prescripción y los informes médicos que especifiquen el origen y la naturaleza de la enfermedad o accidente. La solicitud del reembolso se deberá comunicar dentro del siguiente plazo:

- En los quince días siguientes a contar desde la fecha de la consulta, realización de la prueba, aplicación del medio terapéutico o de la finalización de la hospitalización.

Los plazos citados anteriormente se entenderán sin perjuicio de lo establecido en el artículo 16 de la Ley de Contrato de Seguro que dispone lo siguiente: "El Tomador del seguro o el Asegurado o el Beneficiario deberán comunicar al Asegurador el acaecimiento del siniestro dentro del plazo máximo de siete días de haberlo conocido, salvo que se haya fijado en la póliza un plazo más amplio".

En ningún caso se abonarán facturas que superen los doce meses desde la fecha de factura hasta la fecha de registro en la Compañía.

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

El Asegurado, o sus familiares deberán permitir la visita de médicos del Asegurador, así como cualquier averiguación que éste considere necesaria, desligando a tal fin del secreto profesional a los médicos que hayan visitado y atendido el Asegurado.

Documentación. El Asegurado o cualquier persona en su nombre deberá presentar la siguiente documentación:

- Solicitud de reembolso de gastos debidamente cumplimentada.
- Facturas originales de los gastos incurridos por el Asegurado, donde se refleje:
 - Tipo de acto médico realizado con informe clínico correspondiente (consulta, intervención quirúrgica, RX, etc.)
 - La persona a la que se le ha realizado (Asegurado)
 - Identificación de la persona física o jurídica que ha prestado la asistencia (Médico, Clínica, etc.) donde al menos debe constar NIF y número de colegiado.

Pago del reembolso de gastos. Una vez establecida la existencia de la prestación y siempre que la misma esté cubierta por las garantías de la póliza, el Asegurador pagará la indemnización después de recibir todos los documentos y justificantes acreditativos del mismo, sin perjuicio de los dispuestos en el Artículo 18 de la Ley 50/1980. El reembolso se efectuará aplicando **siempre las franquicias y/o límites establecidos en el Resumen de Garantías.** El Capital y los límites establecidos en la póliza serán de aplicación por años naturales, finalizando cada anualidad el 31 de diciembre.

Las obligaciones en cuanto a la indemnización de prestaciones que se deriven de esta póliza, las contrae el Asegurador con el Tomador del seguro. No obstante, el Asegurador se reserva la posibilidad de liquidar las correspondientes facturas y honorarios directamente a los médicos y centros hospitalarios.

Para el caso de atenciones en el extranjero, los reembolsos sobre facturas presentadas en moneda extranjera se efectuarán al cambio de la fecha de pago de las mismas.

Las facturas presentadas en idiomas distintos al español, catalán, gallego, euskera, francés e inglés deberán ir acompañados de su correspondiente traducción.

No se cubren los cargos hospitalarios por uso de teléfono y otros servicios no relacionados directamente con la enfermedad.

Exclusiones Generales del Contrato

1º.- EXCLUSIONES GENERALES

Quedan expresamente excluidos de la cobertura de este seguro:

- Toda clase de enfermedades preexistentes, es decir, se excluirá la asistencia sanitaria de toda clase de enfermedades, lesiones, defectos o deformaciones preexistentes a la fecha de efecto del alta del Asegurado en la póliza, que siendo conocida por el Asegurado, no hubiesen sido declaradas en el Cuestionario de Salud.
- Toda clase de patologías congénitas: Defectos, deformaciones físicas y anomalías congénitas, así como lesiones cutáneas benignas de la piel. Esta exclusión no afectará a los Asegurados que cumplan los requisitos especificados en el Capítulo II, Punto 1º, apartado Enfermedades Congénitas.
- Chequeos o exámenes médicos de carácter preventivo. Excepto lo estipulado en el Capítulo I).
- Los productos farmacéuticos, medicamentos y medios auxiliares de cura de cualquier clase, en régimen ambulatorio y hospital de día, salvo los que se administren al paciente mientras esté hospitalizado. En los tratamientos de quimioterapia únicamente se cubrirán los productos

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

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

farmacéuticos específicamente citostáticos y administrados vía parenteral, que se expendan en el mercado nacional y estén debidamente autorizados por el Ministerio de Sanidad, en las indicaciones que figuran en la ficha técnica del producto.

- La asistencia derivada o relacionada con el alcoholismo, la drogadicción, y las intoxicaciones debidas al abuso del alcohol y al uso de psicofármacos, estupefacientes o alucinógenos, agresiones, alborotos y riñas salvo en caso de legítima defensa.
- Las enfermedades derivadas de intento de suicidio, autolesión, así como por enfermedades o accidentes sufridos por dolo, negligencia o imprudencia del Asegurado.
- Las enfermedades que ocurran como consecuencia de guerras civiles, internaciones o coloniales, rebeliones, revoluciones, motines, alzamientos, represiones y maniobras militares, aún en tiempo de paz y las que guarden relación directa o indirecta con radiación nuclear o contaminación radiactiva, así como las que provengan de cataclismos, como terremotos, inundaciones, erupciones volcánicas y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos salvo el rayo, y las causadas por epidemias declaradas oficialmente.
- Enfermedades o accidentes resultantes de la participación del Asegurado en actividades deportivas o recreativas de elevada peligrosidad, citándose entre ellas, a modo únicamente enunciativo: actividades subterráneas o subacuáticas, alpinismo y escalada, paracaidismo, saltos desde puentes o lugares elevados, vuelo delta, tereo y encierro de reses bravas, boxeo, artes marciales y carreras organizadas con vehículos, embarcaciones o esquís y la práctica profesional de deportes.
- Los tratamientos de fertilidad.
- Los tratamientos de tipo experimental, los de uso compasivo, así como los que estén en ensayo clínico en todas sus fases o grados y la organometría.
- Las terapias alternativas y complementarias y especialidades no reconocidas oficialmente en España, salvo las expresamente cubiertas por la póliza.
- La Medicina Regenerativa, Biológica, la Inmunoterapia o Terapia Biológica, la Terapia Génica o Genética, así como sus aplicaciones.
- Las prótesis (salvo las expresamente cubiertas por la póliza), material ortopédico, los fijadores externos y endoprótesis diferentes a las vasculares y traumatológicas.
- Cirugía plástica, reparadora o estética, salvo las intervenciones que sean necesarias como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza y para la reparación del daño causado. Las infiltraciones y tratamientos que tengan un carácter puramente estético o cosmético. Igualmente quedan excluidas, cualquier tipo de patologías o complicaciones que pudieran manifestarse en un momento posterior y que estén directamente causadas por haberse sometido el Asegurado a una intervención, infiltración o tratamiento de los anteriormente indicados de naturaleza puramente estética o cosmética.
- Los trasplantes o autotrasplantes de órganos.
- La interrupción voluntaria del embarazo.
- Tratamientos dietéticos y curas de adelgazamiento.
- Tratamiento de procesos capilares.
- Tratamiento del acné.
- Todos aquellos procedimientos diagnósticos y terapéuticos cuya seguridad y eficacia clínicas no estén científicamente contrastadas y/o no hayan sido ratificadas por las Agencias de Evaluación de las Tecnologías Sanitarias, o se hayan quedado manifiestamente superadas por otras disponibles.
- Las estancias, asistencias y tratamientos en centros no hospitalarios, tales como hoteles, balnearios, centros spa, asilos, residencias, centros de reposo, de diagnóstico y similares, aunque sean prescritos por facultativos, así como los ingresos en centros dedicados a actividades relacionadas con el ocio, el descanso y los tratamientos dietéticos.
- La asistencia sanitaria prestada en centros de la Seguridad Social.
- La hospitalización por razones de tipo social o familiar así como la que sea sustituible por una asistencia domiciliaria o ambulatoria.
- La cirugía robótica y los tratamientos que usan el láser y radiofrecuencia salvo las expresamente cubiertas por la póliza.

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

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

- Los estudios para la determinación del mapa genético con fines predictivos o preventivos, y de cualquier otra técnica genética o de biología molecular, medio diagnóstico y tratamiento mediante terapia génica con la exclusiva excepción de la obtención del cariotipo.
- En la Diálisis y Hemodiálisis, quedará excluido el tratamiento de las afecciones crónicas.
- La cirugía de cambio de sexo, presbicia y obesidad.
- Se excluyen las técnicas diagnósticas quirúrgicas y tratamientos médicos de nueva aparición no incluidos en la presente póliza.
- Los gastos por uso de teléfono, televisión, pensión alimenticia del acompañante en clínica, los gastos por viaje y desplazamientos, salvo la ambulancia en los términos contemplados en la póliza, así como otros servicios no imprescindibles para la necesaria asistencia hospitalaria.
- Se excluye cualquier tipo de servicio relacionado con patologías no cubiertas así como complicaciones que se deriven de éstas.
- El reembolso de gastos por Asistencia sanitaria prestada al Asegurado por el cónyuge, hermanos, ascendientes o descendientes del Tomador y/o Asegurado. Así como por facultativos o centros de cuyos cargos el Asegurador haya, razonablemente considerado suspender el reembolso, previo aviso al Asegurado de tal suspensión, que respecto a tratamientos en curso no tendrá lugar antes de dos meses desde el aviso.

Información de interés

CONSULTAS O GESTIONES RELATIVAS A SU PÓLIZA

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

- La Sucursal INTERNET, **www.plusultra.es**, de Plus Ultra Seguros, donde directamente a través de su ordenador, desde su domicilio o lugar de trabajo, sin horarios ni esperas, podrá los 365 días del año, consultar sus pólizas, declarar siniestros, modificar los datos contractuales de las mismas, solicitar la documentación que necesite, etc., y todo ello, simplemente mediante la contraseña y número de usuario que se le asigna, la cual consta en la portada del presente documento. Asimismo, nos congratulamos de informarle que nuestra oferta de servicios se encuentra en continuo crecimiento y muy pronto se verá ampliada con servicios de índole diversa, que serán muy interesantes para usted, y de los cuales será puntualmente informado a través de la Sucursal INTERNET.
- Su Agente o Corredor de Seguros, directamente o a través de su página web en Internet en su caso.
- La Sucursal de Plus Ultra de su demarcación.
- Llamando al 902 15 10 15, Servicio de Atención al Cliente.

LEY ORGÁNICA DE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL (L.O.P.D.)

En cumplimiento de las previsiones de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, el tomador del seguro y asegurado reconoce ser informado de la existencia de un fichero automatizado de datos de carácter personal del que es responsable, PLUS ULTRA, SEGUROS GENERALES Y VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS, entidad aseguradora ante la que podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, proporcionándose los datos como condición indispensable, excepto para la finalidad promocional, para la contratación del seguro y otorgando expresamente su consentimiento:

Para que los mismos sean incorporados al fichero y tratados informáticamente para los fines legítimos de la actividad aseguradora.

Para ser utilizados en la promoción publicitaria de los servicios y productos comercializados por Plus Ultra Seguros relacionados con el sector del seguro y planes de pensiones, incluso tras la terminación de la relación contractual, pudiendo ser cedidos con este mismo fin a las otras entidades que componen el grupo al que pertenece la compañía. Si desea conocer las sociedades pertenecientes al grupo asegurador, puede consultar en cualquier momento la página web (www.plusultra.es).

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

Para que puedan ser cedidos a otras entidades para la realización de estudios estadístico actuariales y la lucha contra el fraude, así como a ficheros comunes de prevención del fraude y de liquidación de siniestros.

Para que puedan ser cedidos entre las entidades que integran el grupo Asegurador en España y a quienes éstas arrienden sus servicios o medien en seguros, es decir, a cuantos operadores sean necesarios para el cumplimiento de los derechos y obligaciones dimanantes del Contrato de Seguro, siendo todos ellos los destinatarios de la información, quedando informado que dicha comunicación a las Entidades del Grupo se produce en el mismo momento en que proporcionan los datos a Plus Ultra Seguros.

Para que puedan ser cedidos a los efectos del reaseguro y coaseguro del riesgo.

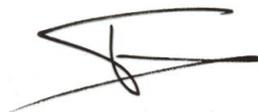
En caso de que los datos personales se faciliten por persona (tomador del seguro) distinta del titular de los mismos (asegurado, partícipe, beneficiario, etc.), recaerá en éste la obligación de informar a los mismos de la existencia de un fichero automatizado de datos de carácter personal, de sus derechos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

El tomador del seguro y asegurado reconoce ser informado de que, podrá no prestar su consentimiento para la finalidad promocional anteriormente indicada bien revocarlo en cualquier momento, así como que podrá acceder, rectificar, cancelar y oponerse al contenido de sus datos en dicho fichero en los términos establecidos en los artículos 15 y 16 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, en el domicilio social sito en la Plaza de las Cortes, nº 8 (28014) de Madrid, ante el Responsable del fichero, que es la propia entidad, Plus Ultra Seguros.

SUBSANACIÓN DE LA PÓLIZA

Si el contenido de la póliza difiere de la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas, el Tomador del seguro podrá reclamar al Asegurador en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la póliza para que subsane la divergencia existente. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en la póliza (Art. 8 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro).

El Tomador manifiesta expresamente la perfecta comprensión y total aceptación de cada una de las cláusulas incluidas en el presente contrato de seguro, y de forma especial, las limitativas, haciendo especial referencia a las resaltadas en negrita, todo ello, en cumplimiento del artículo 3 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro. Por último, reconoce haber recibido de forma previa a la celebración de este contrato, la nota informativa con el contenido previsto en el artículo 104 del Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.



El Tomador

El Mediador

Plus Ultra Seguros

Ver Resumen de Garantías a continuación

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

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

RESUMEN DE GARANTÍAS		
Garantías	Límite máximo	Observaciones
CAPITAL ASEGURADO		
CAPITAL MAXIMO ANUAL ASEGURADO	Límite anual de 95000.00 €.	Con los sublímites máximos que para cada especialidad se detallan en el resumen de garantías.
SUBLIMITE POR ASISTENCIA MEDICA AMBULATORIA EN CONSULTAS Y PRUEBAS DIAGNOSTICAS	Sublímite de 23726.00€ para consultas y pruebas diagnosticas.	
FRANQUICIAS		
FRANQUICIA POR UTILIZACION DE CUADRO DE SERVICIOS CONCERTADOS		No se aplica ninguna franquicia.
FRANQUICIA POR UTILIZACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS DE LIBRE ELECCIÓN	Se reembolsará el 80% en territorio nacional y 75 % en el extranjero. 80 75	
MEDICINA PRIMARIA		
1º CONSULTA DE MEDICINA GENERAL	Maximo 62.00 € por acto.	
1º CONSULTA DE PEDIATRIA O PUERICULTURA	Maximo 75.00 € por acto.	Hasta los 14 años
2º CONSULTA DE MEDICINA GENERAL	Maximo 38.00 € por acto.	Se considerará segunda consulta aquella que se realice en un periodo inferior a 30 días con respecto a la primera.
2º CONSULTA DE PEDIATRIA O PUERICULTURA	Maximo 38.00 € por acto.	Se considerará segunda consulta aquella que se realice en un periodo inferior a 30 días con respecto a la primera. Garantía hasta los 14 años de edad.
AMBULANCIA		Solo con autorización previa.
AMBULANCIA EN REEMBOLSO	Límite anual de 465.00 €.	Solo por prescripción médica.
ENFERMERIA		
URGENCIAS		

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

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

ESPECIALIDADES MEDICAS		
1ª CONSULTA DE ESPECIALISTAS	Maximo 130.00 € por acto.	
2ª CONSULTA DE ESPECIALISTAS	Maximo 68.00 € por acto.	Se considerará segunda consulta aquella que se realice en un periodo inferior a 30 días con respecto a la primera.
ALERGOLOGIA		
ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN		
APARATO DIGESTIVO		
CARDIOLOGIA		
DERMATOLOGIA Y VENEREOLOGIA		Se excluyen tratamientos de estética.
ENDOCRINOLOGIA		
ESTOMATOLOGIA	Máximo de 40.00 € por extracción. Máximo de 63.00€ por limpieza.	Sólo extracciones y una limpieza anual.
GERIATRIA		
GINECOLOGIA	Máximo 1 revisión al año.	Se incluye revisión anual ginecológica.
HEMATOLOGIA		
MEDICINA INTERNA		
NEFROLOGIA		
NEUMOLOGIA		
NEUROFISIOLOGIA		
NEUROLOGIA		
OBSTETRICIA	Límite máximo de 3400.00€ para seguimiento de embarazo y parto. Límite máximo de 4000.00€ para seguimiento de embarazo y cesarea.	Límite aplicable al proceso global de seguimiento del embarazo y asistencia al parto: consultas, pruebas diagnósticas, gastos de clinica, matrona, anestesia y honorarios médicos.
OFTALMOLOGIA		
ONCOLOGIA MEDICA		
OTORRINOLARINGOLOGIA		Se excluyen las técnicas de radiofrecuencia.
PSIQUIATRIA	Límite anual de 1300.00 €.	
REUMATOLOGIA		
TRAUMATOLOGIA		
UROLOGIA		

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

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

ESPECIALIDADES QUIRURGICAS		
ANESTESIOLOGIA		
ANGIOLOGIA. CIRUGIA VASCULAR		
CIRUGIA DERMATOLOGICA		
CIRUGIA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO		
CIRUGIA MAXILOFACIAL		
CIRUGIA OBSTETRICA Y GINECOLOGICA		
CIRUGIA OFTALMOLOGICA		Ver apartado de tratamientos concertados con coste para el asegurado.
CIRUGIA OTORRINOLARINGOLOGICA Y MICROAUDIOCIRUGIA		Se excluyen las técnicas de radiofrecuencia.
CIRUGIA PEDIATRICA		
CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA		No se cubre la Cirugía estética.
CIRUGIA TORACICA		
CIRUGIA TRAUMATOLOGICA		
CIRUGIA UROLOGICA		
NEUROCIRUGIA		

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

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

REEMBOLSO DE GASTOS POR ASISTENCIA HOSPITALARIA		
DERECHOS DE QUIROFANO POR CIRUGÍA AMBULANTE GRUPOS 0 Y I DE OMC	Maximo 250.00 € por acto.	Incluye derechos de quirófano, dotación, medicación y material fungible.
DERECHOS DE QUIROFANO POR CIRUGÍA MENOR Y MEDIA GRUPOS II, III, IV Y V DE OMC	Maximo 650.00 € por acto.	Incluye derechos de quirófano, dotación, medicación y material fungible.
DERECHOS DE QUIROFANO POR CIRUGÍAS ESPECIALES GRUPO VIII DE OMC	Maximo 2790.00 € por acto.	Incluye derechos de quirófano, dotación, medicación y material fungible.
DERECHOS DE QUIROFANO POR GRAN Y ALTA CIRUGÍA GRUPOS VI Y VII DE OMC	Maximo 1600.00 € por acto.	Incluye derechos de quirófano, dotación, medicación y material fungible.
GASTOS HOSPITALARIOS DE ESTANCIA EN UCI	Máximo de 450.00€ por día de estancia.	Incluye habitación, medicación, material fungible, pruebas diagnósticas y actos terapéuticos realizados durante el ingreso.
GASTOS HOSPITALARIOS DE ESTANCIA MEDICA	Máximo de 190.00€ por día de estancia.	Incluye habitación, medicación, material fungible, pruebas diagnósticas y actos terapéuticos realizados durante el ingreso.
GASTOS HOSPITALARIOS DE ESTANCIA PEDIATRICA	Maximo 225.00 € por acto. Límite anual de 40 días	Incluye habitación, medicación, material fungible, pruebas diagnósticas y actos terapéuticos realizados durante el ingreso.
GASTOS HOSPITALARIOS DE ESTANCIA PSIQUIATRICA	Máximo de 190.00€ por día de estancia. Límite anual de 30 días	Incluye habitación, medicación, material fungible, pruebas diagnósticas y actos terapéuticos realizados durante el ingreso.
GASTOS HOSPITALARIOS DE ESTANCIA QUIRURGICA	Máximo de 310.00€ por día de estancia.	Incluye habitación, medicación, material fungible, pruebas diagnósticas y actos terapéuticos realizados durante el ingreso.
HONORARIOS MEDICOS DE ANESTESIA		Según Baremo de Sociedad de Anestesiología.
HONORARIOS MEDICOS DE CIRUGÍAS GRUPO VI DE O.M.C.	Maximo 1700.00 € por acto.	Ayudantías incluidas.
HONORARIOS MEDICOS DE CIRUGÍAS GRUPO VII DE O.M.C.	Maximo 2960.00 € por acto.	Ayudantías incluidas.
HONORARIOS MEDICOS DE CIRUGÍAS GRUPO VIII DE O.M.C.	Maximo 4400.00 € por acto.	Ayudantías incluidas.
HONORARIOS MEDICOS DE CIRUGÍAS GRUPOS 0 Y I DE O.M.C.	Maximo 325.00 € por acto.	Ayudantías incluidas.
HONORARIOS MEDICOS DE CIRUGÍAS GRUPOS II Y III DE O.M.C.	Maximo 780.00 € por acto.	Ayudantías incluidas.
HONORARIOS MEDICOS DE CIRUGÍAS GRUPOS IV Y V DE O.M.C.	Maximo 1100.00 € por acto.	Ayudantías incluidas.
HONORARIOS MEDICOS DE INTERCONSULTA HOSPITALARIA	Maximo 95.00 € por acto.	
HONORARIOS MEDICOS POR HOSPITALIZACION MEDICA Y PSIQUIATRICA.	Límite mensual de 550.00 euros. Maximo 95.00 € por acto.	

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

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

HOSPITALIZACION		
HOSPITALIZACION A DOMICILIO		Maximo 30 días por asegurado/año. En reembolso 125 € por día en servicios concertados sin límite diario.
HOSPITALIZACION SIN CARGO A POLIZA	Máximo de 95.00€ por día de estancia. Límite anual de 15 días	Sólo en ingresos cubiertos por las garantías de la póliza.
PRUEBAS DIAGNOSTICAS		
ANALISIS CLINICOS DETERMINACIONES ESPECIALES	Maximo 160.00 € por acto.	
ANALISIS CLINICOS DETERMINACIONES GENETICAS	Maximo 290.00 € por acto.	
ANALISIS CLINICOS SIMPLES	Maximo 76.00 € por acto.	
BIOPSIA INTRAOPERATORIA	Maximo 250.00 € por acto.	
BIOPSIA MULTIPLE	Maximo 159.00 € por acto.	
BIOPSIA SIMPLE	Maximo 107.00 € por acto.	
CITOLOGIA Y COLPOSCOPIA	Maximo 50.00 € por acto.	
DENSITOMETRIA	Maximo 95.00 € por acto.	
ECOCARDIOGRAMA BIDIMENSIONAL	Maximo 115.00 € por acto.	
ECOGRAFIA ABDOMINAL	Maximo 95.00 € por acto.	
ECOGRAFIAS (RESTO)	Maximo 63.00 € por acto.	
ELECTROCARDIOGRAMA	Maximo 32.00 € por acto.	
ELECTROENCEFALOGRAMA	Maximo 95.00 € por acto.	
ELECTROMIOGRAMA	Maximo 125.00 € por acto.	
ENDOSCOPIAS TERAPEUTICAS. COLONOSCOPIAS. CPRE.	Maximo 250.00 € por acto.	
ENDOSCOPIAS. GASTROSCOPIAS DIAGNOSTICAS.	Maximo 157.00 € por acto.	
ERGOMETRIA	Maximo 138.00 € por acto.	
GAMMAGRAFIA.	Maximo 220.00 € por acto.	
HOLTER	Maximo 140.00 € por acto.	
MAMOGRAFIA BILATERAL	Maximo 130.00 € por acto.	

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

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

POLISOMNOGRAFIA	Maximo 370.00 € por acto.	
POTENCIALES EVOCADOS	Maximo 218.00 € por acto.	
PUNCION ASPIRACION DE ORGANOS PROFUNDOS	Maximo 310.00 € por acto.	
RADIODIAGNOSTICO CONVENCIONAL CON CONTRASTE	Maximo 159.00 € por acto.	
RADIODIAGNOSTICO CONVENCIONAL PRIMERA PROYECCION	Maximo 28.00 € por acto.	
RADIODIAGNOSTICO CONVENCIONAL SEGUNDAS PROYECCIONES	Maximo 18.00 € por acto.	
RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA. NEURORADIOLOGIA. RADIOLOGIA VASCULAR.	Maximo 230.00 € por acto.	
RESONANCIA MAGNETICA	Maximo 310.00 € por acto.	
TAC. SCANNER.	Maximo 189.00 € por acto.	
SEGUNDO DIAGNOSTICO		
SEGUNDO DIAGNOSTICO		Informe de segundo diagnóstico.
MEDIOS TERAPEUTICOS		
ACUPUNTURA	Máximo 20 sesiones por asegurado al año.	Sólo para aparato locomotor y en servicios concertados.
AEROSOLTERAPIA	Límite anual de 700.00 €. Maximo 14.00 € por acto. Máximo 50 sesiones por asegurado al año.	
FISIOTERAPIA Y REHABILITACIÓN	Maximo 27.00 € por acto.	Siempre por prescripción médica.
HEMODIALISIS	Maximo 125.00 € por acto.	
HOMEOPATIA Y MEDICINA DEPORTIVA		Sólo en servicios concertados.
LITOTRICIA	Maximo 1100.00 € por acto.	
LOGOFONIATRIA	Límite anual de 990.00 €. Máximo 40 sesiones por asegurado al año.	Excluida logopedia.
ONCOLOGIA CLINICA, QUIMIOTERAPIA Y RADIOTERAPIA	Límite anual de 6200.00 €.	Únicamente se cubrirán los gastos de medicamentos citostáticos (vía parenteral) legalmente comercializados en España, autorizados por el Ministerio de Sanidad.

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

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

PODOLOGIA	Máximo 5 sesiones de quiropodia por asegurado al año.	
PODOLOGIA	Límite anual de 60.00 €. Maximo 30.00 € por acto.	
PREPARACION AL PARTO	Maximo 310.00 € por acto.	
TRATAMIENTO DE DOLOR	Maximo 495.00 € por acto. Máximo 2 sesiones por asegurado al año.	
ASISTENCIA EN EL EXTRANJERO		
REEMBOLSO DE GASTOS EN ASISTENCIA EN EL EXTRANJERO		Los limites dinerarios serán incrementados en un 100% por asistencias en el extranjero.
RECIEN NACIDO		
NEONATOLOGIA	Límite máximo de 6200.00 € para el primer año de vida por enfermedades congénitas.	
PATOLOGIAS CON LIMITACION		
SIDA		Esta garantía entra en vigor sólo si el diagnóstico se produce transcurridos tres años de la contratación de la póliza, con un límite máximo de 6.000 € por asegurado.
PLANIFICACION FAMILIAR		
IMPLANTACION DE DIU		Se excluye el dispositivo. Sólo en Servicios Concertados.
LIGADURA DE TROMPAS		Sólo en Servicios Concertados.
VASECTOMIA		Sólo en Servicios Concertados.
PROTESIS		
PROTESIS	Límite anual de 6000.00 €.	
MEDICINA PREVENTIVA		
CHEQUEO ANUAL GINECOLOGICO EN LIBRE ELECCION	Maximo 130.00 € por acto.	Incluye consulta, ecografía, mamografía, densitometria y citología
CHEQUEO MEDICO BASICO ADULTO	Maximo 150.00 € por acto. 300.00	En servicios concertados previa autorización no se aplica limitación.
CHEQUEO PREVENTIVO DEL CANCER COLORECTAL		Máximo 1 chequeo al año. Solo en centros concertados para este tipo de chequeos.
CHEQUEO PREVENTIVO DEL CANCER DE PROSTATA		Máximo 1 chequeo al año. Solo en centros concertados para este tipo de chequeos.
CHEQUEO PREVENTIVO DEL RIESGO CORONARIO		Máximo 1 chequeo al año. Solo en centros concertados para este tipo de chequeos.

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

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

ASISTENCIA INTERNACIONAL EN VIAJE		
DESPLAZAMIENTO Y ESTANCIA DE ACOMPAÑANTE		Máximo 10 días y 36 € por día.
GASTOS DE CURACION EN EL EXTRANJERO		Con un límite de 12.000 €. Limitación para las urgencias odontológicas de 30 €
PROLONGACION DE ESTANCIA EN HOTEL		Máximo 10 días y 36 € por día.
REPATRIACION O TRANSPORTE DE FALLECIDOS		
TRASLADO SANITARIO DE HERIDOS Y ENFERMOS		
TRATAMIENTOS CONCERTADOS CON COSTE PARA ASEGURADO		
CIRUGIA REFRACTIVA LASER EXCIMER		Tratamiento en Centros concertados expresamente por PLUS ULTRA Seguros para esta técnica.
PSICOLOGIA		Consulta telefónica gratuita 24h asistida por psicólogos. Red nacional de psicólogos concertados a precio reducido para consultas presenciales a cargo del asegurado.
REPRODUCCION ASISTIDA		Solo en centros concertados para esta técnica.
TRATAMIENTO DE HIPERPLASIA DE PROSTATA POR FOTOVAPORIZACION POR LASER (LASER VERDE)		Sólo en servicios concertados para esta técnica.
DURACION DEL CONTRATO		
CONTRATO VITALICIO		Cumplidos los primeros tres años de duración anual de la póliza de seguros, el asegurador se compromete a mantener su vigencia, mediante prórrogas anuales, siempre y cuando el tomador y/o asegurado no incurran en un uso fraudulento de los derechos amparados por la póliza y hayan cumplido las obligaciones contenidas en el mismo durante su vigencia.
ACCIDENTES LABORALES Y DE TRAFICO		
COBERTURA PARA ACCIDENTES LABORALES Y DE TRAFICO.		El asegurado se compromete a facilitar al asegurador todo lo necesario para reclamar estos gastos a la Compañía culpable si la hubiera.

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

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

PERIODOS DE CARENCIA DE COBERTURA		
DOPPLER VASCULAR ANGIOLOGIA	Carencia de 3 meses	
ESTUDIOS POLIGRAFICOS DEL SUEÑO	Carencia de 6 meses	
EXTRACCION DE CORDALES	Carencia de 10 meses	
FISIOTERAPIA Y REHABILITACION	Carencia de 3 meses	
HEMODIALISIS	Carencia de 6 meses	
HOSPITALIZACION	Carencia de 6 meses	Salvo urgencia vital.
LITOTRICA	Carencia de 6 meses	
LOGOFONIATRIA	Carencia de 3 meses	
MEDICINA PREVENTIVA	Carencia de 12 meses	
PLANIFICACION FAMILIAR	Carencia de 6 meses	
PROTESIS	Carencia de 6 meses	
PRUEBAS DE MEDICINA NUCLEAR. GAMMAGRAFIAS.	Carencia de 3 meses	
QUIMIOTERAPIA	Carencia de 6 meses	
RADIOLOGIA VASCULAR, NEURORADIOLOGIA, TECNICAS DE RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA.	Carencia de 6 meses	
RADIOTERAPIA	Carencia de 6 meses	
REPRODUCCION ASISTIDA	Carencia de 48 meses	
RESONANCIA MAGNETICA	Carencia de 3 meses	
SEGUIMIENTO DE EMBARAZO Y PARTO	Carencia de 8 meses	
SUPLEMENTO DENTAL	Carencia de 6 meses	En empastes, endodoncias y tratamientos periodontales.
T.A.C., ESCANER, P.E.T. Y P.E.T. T.A.C.	Carencia de 3 meses	

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

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