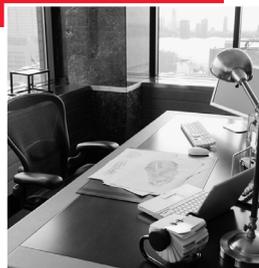


Condiciones Generales

Seguro de Indemnización





MAPFRE

MAPFRE FAMILIAR
COMPAÑÍA DE SEGUROS
Y REASEGUROS, S.A.
DOMICILIO SOCIAL
Edificio MAPFRE.
Carretera de Pozuelo, n.º 50.
28222 MAJADAHONDA
(Madrid)

Teléf. +34 915 81 18 28
Fax: +34 915 81 52 52

Seguro de Indemnización

De acuerdo con lo establecido en el artículo 3 de la Ley 50/80, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro (BOE 17/10/80) se destacan en letra negrita las cláusulas limitativas de los derechos de los asegurados contenidas en las Condiciones Generales de la póliza.

	<u>Pág.</u>
Condiciones Generales	
Artículo 1º. Marco Jurídico que regula la póliza	3
Artículo 2º. Objeto y extensión del seguro.....	3
Artículo 3º. Riesgos excluidos.....	4
Artículo 4º. Bases del Contrato.....	5
Artículo 5º. Perfección, toma de efecto y duración del seguro.....	6
Artículo 5º. Bis. Contratación a distancia del seguro.....	7
Artículo 6º. Plazos de carencia	8
Artículo 7º. Pago de primas	8
Artículo 8º. Modificaciones en el riesgo.....	9
Artículo 9º. Extravío o destrucción de la póliza	11
Artículo 10º. Comunicaciones	11
Artículo 11º. Prescripción y Jurisdicción	11
Normas Comunes para todas las Garantías	
Artículo 12º. Siniestros.....	12
Artículo 13º. Pago de indemnizaciones	13
Condiciones Generales de cada Garantía	
A) INDEMNIZACIÓN TEMPORAL TOTAL.....	13
Artículo 14º. Objeto y extensión de la garantía	13
Artículo 15º. Periodo de franquicia	15
Artículo 16º. Bonificación por baremo.....	15
Artículo 17º. Documentación.....	16
B) INDEMNIZACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN POR CUALQUIER CAUSA	16
Artículo 18º. Objeto y extensión de la garantía	16
Artículo 19º. Bonificación por ingreso en diferente provincia	17
Artículo 20º. Documentación.....	17
C) INDEMNIZACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN POR INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	18
Artículo 21º. Objeto y extensión de la garantía	18
Artículo 22º. Bonificación por ingreso en diferente provincia	18
Artículo 23º. Documentación.....	18
D) GRAN DEPENDENCIA POR ACCIDENTE.....	19
Artículo 24º. Objeto y extensión de la garantía	19
Artículo 25º. Garantías Especiales	20
Artículo 26º. Protección de Pagos	20
Definiciones	
Definiciones.....	21

Condiciones Generales

ARTÍCULO 1º. MARCO JURÍDICO QUE REGULA LA PÓLIZA

El presente contrato de seguro se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de octubre de Contrato de Seguro, por 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 Seguros Privados, y su Reglamento de desarrollo, aprobado por el Real Decreto 2486/1998, de 20 de noviembre, así como por cuantas normas y disposiciones legales promulgadas puedan afectar al contrato de seguro, y por lo convenido en las Condiciones Generales, Especiales, Particulares, sus Anexos y Suplementos.

MAPFRE FAMILIAR de Seguros y Reaseguros, S.A., en lo sucesivo la Aseguradora, tiene su domicilio social en España, siendo el Ministerio de Economía y Hacienda de dicho Estado, a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, la autoridad encargada del control del ejercicio de su actividad.

ARTÍCULO 2º. OBJETO Y EXTENSIÓN DEL SEGURO

Por el presente contrato, el Asegurador se obliga a indemnizar al Asegurado por la pérdida económica sufrida con ocasión de un siniestro cubierto por la póliza conforme a lo estipulado en las presentes Condiciones.

Las partes acuerdan como valor de dicha pérdida económica en función de los ingresos anuales declarados al Asegurador (interés asegurado) que habrá de tenerse en cuenta para el cálculo de la indemnización que corresponda, los importes establecidos en las Condiciones Particulares para cada una de las siguientes garantías:

Las garantías que el Tomador puede contratar son las siguientes:

- a) Indemnización diaria por Incapacidad Temporal Total derivada de enfermedad o accidente.
- b) Indemnización diaria por Hospitalización por Cualquier Causa derivada de enfermedad o accidente.
- c) Indemnización diaria por Hospitalización por Intervención Quirúrgica derivada de enfermedad o accidente.
- d) Gran Dependencia por Accidente

Para la garantía de Incapacidad Temporal Total sólo son asegurables las personas mayores de dieciséis años y menores de sesenta y cinco años que realicen un trabajo remunerado.

Esta garantía es, además, incompatible con la percepción de cualquier tipo de pensión por invalidez o jubilación, prestación o subsidio por desempleo, por lo que no son asegurables las personas en las que concurra alguna de estas circunstancias.

Para ambas garantías de hospitalización, no son asegurables las personas mayores de sesenta y cinco años.

Condiciones Generales

Esta póliza, compatible y diferente del Seguro de Asistencia Sanitaria, garantiza únicamente prestaciones en metálico a tanto alzado sin que, por tanto, tenga que guardar relación con el coste de la asistencia sanitaria que se utilice. El beneficiario podrá dar a las indemnizaciones que perciba el destino que estime más conveniente.

Las coberturas de la póliza, excepto para la Garantía de Incapacidad Temporal Total, son válidas en todo el mundo, siempre que el domicilio habitual de residencia del Asegurado se encuentre en España. Si éste trasladara su domicilio fuera de España, las coberturas de la póliza se extinguirán automáticamente.

ARTÍCULO 3º. RIESGOS EXCLUIDOS

Se excluyen de las coberturas de la póliza los riesgos que se indican a continuación:

- a) **Enfermedades contraídas y manifestadas antes de la entrada en vigor de la póliza o durante los periodos de carencia estipulados, las secuelas producidas por ellas, así como los defectos de nacimiento y las enfermedades congénitas, salvo que hubieran sido aceptadas expresamente por el Asegurador en las Condiciones Particulares.**
- b) **Accidentes producidos con anterioridad a la entrada en vigor de esta póliza.**
- c) **Las esterilizaciones para ambos sexos, la fecundación in vitro, la inseminación artificial y el estudio o tratamiento de la esterilidad.**
- d) **Los tratamientos para adelgazar, las curas de sueño o reposo y los tratamientos psicológicos.**
- e) **La participación del Asegurado en apuestas, desafíos y riñas, salvo que en este último caso hubiese actuado en legítima defensa.**
- f) **El suicidio y sus tentativas, así como la autolesión.**
- g) **Los actos de guerra (haya o no declaración de guerra), actos de terrorismo, insurrecciones, tumultos populares, movimientos sísmicos, inundaciones, huracanes, erupciones volcánicas, en las consecuencias directas o indirectas de la radiación nuclear o contaminación radioactiva, o cualquier otro fenómeno de carácter catastrófico o extraordinario.**
- h) **Las enfermedades psiquiátricas o trastornos psicológicos que no requieran ingreso hospitalario.**
- i) **El SIDA y/o enfermedades asociadas al virus HIV; el consumo por parte del Asegurado de estupefacientes no prescritos médicamente, la ingestión de bebidas alcohólicas, la toxicomanía y el alcoholismo.**
- j) **Las extracciones, empastes, endodoncias y demás tratamientos odontológicos.**
- k) **La cirugía de refracción (corrección de miopía, hipermetropía, astigmatismo, etc.), y cirugía de la presbicia.**
- l) **Las intervenciones y/o tratamientos por razones estéticas, salvo si la operación de cirugía plástica o reparadora o el tratamiento son necesarias como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza.**
- m) **Epidemias oficialmente declaradas.**

- n) La utilización como pasajero o tripulante de cualquier medio de navegación aérea no autorizado para el transporte público de viajeros.
- ñ) La práctica como profesional de cualquier deporte y la práctica como profesional o aficionado de actividades aéreas, submarinismo con uso de pulmón artificial, boxeo, escalada, carreras de vehículos, incluidos los entrenamientos, espeleología, toreo, encierro de reses bravas y cualquier otro deporte de alto riesgo.
- o) La interrupción del embarazo salvo que concurren las siguientes causas médicas:
 - a) Que no se hayan superado las 22 semanas de gestación y exista grave riesgo para la vida o la salud de la embarazada y así conste en un dictamen médico emitido por un médico especialista distinto del que practique o dirija la intervención.
 - b) Que no se hayan superado las 22 semanas de gestación y exista riesgo de graves anomalías en el feto y así conste en un dictamen médico emitido por dos médicos especialistas distintos del que practique o dirija la intervención.
 - c) Que se detecten anomalías fetales incompatibles con la vida y así conste en un dictamen médico emitido por un médico especialista, distinto del que practique la intervención.
 - d) Que se detecte en el feto una enfermedad extremadamente grave e incurable en el momento del diagnóstico y así lo confirme un comité clínico formado por dos médicos especialistas en ginecología u obstetricia o expertos en diagnóstico prenatal y un pediatra.

Estas exclusiones comprenden tanto la enfermedad, accidente o hecho que se señala, como las secuelas, complicaciones, reagudizaciones, tratamientos específicos y demás consecuencias, así como los siniestros causados por o a consecuencia de todo lo anterior.

ARTÍCULO 4º. BASES DEL CONTRATO

1. La presente póliza se concierta en base a las declaraciones realizadas por el Tomador del Seguro y los Asegurados, contenidas en el cuestionario que les ha sido presentado por la Compañía, todo lo cual ha determinado la valoración y aceptación del riesgo y el cálculo de la prima correspondiente.
2. Si el contenido de la póliza difiere de la proposición del 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.
3. En caso de haberse producido reticencias o inexactitudes en las declaraciones del Tomador y/o Asegurado/s, que hayan influido en la apreciación del riesgo, se producirán las siguientes consecuencias:
 - a) Si el Asegurador tiene conocimiento de las mismas antes de producirse el siniestro: podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al Tomador del Seguro en el

Condiciones Generales

plazo de un mes, a contar desde el conocimiento de la reserva o inexactitud del Tomador del Seguro. Corresponderán al Asegurador, salvo que concorra dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al periodo en curso en el momento que haga esta declaración.

- b) Si el Asegurador tiene conocimiento de las reticencias o inexactitudes una vez producido el siniestro la prestación se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

Si el Tomador o el Asegurado actuaron con dolo o culpa grave, quedará el Asegurador liberado del pago de la prestación.

- c) En el supuesto de indicación inexacta de la edad del Asegurado, el Asegurador sólo podrá impugnar el contrato si la verdadera edad del Asegurado en el momento de la entrada en vigor del mismo, excede de los límites de admisión establecidos por aquél.

En otro caso, si como consecuencia de una declaración inexacta de la edad la prima pagada es inferior a la que correspondería pagar, la prestación se reducirá en proporción a la prima percibida. Si, por el contrario, la prima pagada es superior a la que debería haberse abonado, el Asegurador está obligado a restituir el exceso de las primas percibidas sin intereses.

ARTÍCULO 5º. PERFECCIÓN, TOMA DE EFECTO Y DURACIÓN DEL SEGURO

1. El seguro entrará en vigor en el día y hora indicados en las Condiciones Particularles de la Póliza, siempre que salvo pacto en contrario, el Asegurador haya cobrado el primer recibo de prima.
2. Las coberturas de la póliza tomarán efecto simultáneamente a la entrada en vigor del seguro, con la excepción de los riesgos contemplados en el artículo siguiente para los que se establecen los plazos de carencia que a tales efectos se señalan.
3. Será nulo el contrato si en el momento de su conclusión no existe el riesgo o ha ocurrido el siniestro.
4. La duración del seguro se extiende inicialmente hasta el 31 de diciembre del año en que se ha contratado, teniendo carácter prorrogable por años naturales. Su renovación se producirá automáticamente al inicio de cada año natural, salvo que:
 - a) Alguna de las partes se oponga a la prórroga, mediante notificación por escrito a la otra parte, con una antelación no inferior a dos meses a la conclusión del periodo del seguro en curso.
 - b) El Tomador del Seguro se oponga a la prórroga en la forma prevista en el apartado C) 2 del artículo 7º.
5. **En cualquier caso, el seguro se extinguirá, cesando automáticamente sus coberturas:**

- a) Al finalizar la anualidad en la que el Asegurado cumpla los 65 años de edad.
- b) Cuando el Asegurado traslade su domicilio fuera de España.

Respecto a la garantía de Incapacidad Temporal Total, además de los casos indicados, cesarán también automáticamente sus coberturas cuando el Asegurado:

- c) Cese su actividad laboral o profesional.
- d) Perciba una pensión de jubilación o invalidez.
- e) Perciba una prestación o subsidio por desempleo.

La extinción del contrato surtirá efectos desde la fecha en la que se haya producido el hecho que de lugar a la misma.

El Asegurado deberá comunicar inmediatamente al Asegurador la ocurrencia de cualquiera de las circunstancias expresadas, salvo la relativa a la edad, al objeto de proceder al extorno de la prima que, en su caso, corresponda efectuar.

En el supuesto de que el Tomador del Seguro o el Asegurado no hayan efectuado dicha comunicación y sobreviniera un siniestro, el Asegurador quedará liberado de su prestación.

ARTÍCULO 5.BIS. - CONTRATACION A DISTANCIA DEL SEGURO

En caso de contratación a distancia, se aplicará lo dispuesto en este artículo. Se considera que existe contratación de un seguro a distancia cuando para su negociación y celebración se utiliza exclusivamente una técnica de comunicación a distancia sin presencia física y simultánea del proveedor y el consumidor, consistente en la utilización de medios telemáticos, electrónicos, telefónicos, fax u otros similares.

En caso de contratación a distancia, el seguro entrará en vigor a las 0 horas del día siguiente a aquel en que el tomador haya prestado su consentimiento, salvo que, por acuerdo expreso se concierte otra fecha. En todo caso, la fecha de efecto quedará reflejada en las Condiciones Particulares de la póliza.

Sin perjuicio de lo indicado en los párrafos anteriores, el contrato y sus modificaciones o adiciones deberán ser formalizadas por escrito. El Asegurador está obligado a entregar al tomador del seguro la póliza. El tomador deberá devolver al Asegurador un ejemplar firmado por él de las Condiciones Particulares de la póliza, así como la documentación acreditativa de las circunstancias que configuren el riesgo.

El tomador, cuando sea consumidor, esto es, persona física que actúe con un propósito ajeno a una actividad comercial o profesional propia, dispondrá de un plazo de 14 días naturales para desistir del contrato a distancia, sin indicación de los motivos y sin penalización alguna, siempre que no haya ocurrido el siniestro.

Dicho plazo se contará desde el día de la celebración del contrato o desde la fecha en que el Asegurador entregue la póliza.

El tomador habrá de comunicarlo al Asegurador por un procedimiento que permita dejar constancia de la notificación de cualquier modo admitido en Derecho y estará obligado a pagar la prima correspondiente hasta el momento del . En caso de que la prima hubiera

Condiciones Generales

sido cobrada, el Asegurador reembosará al tomador, dentro de un plazo máximo de 30 días naturales, dicho importe, salvo la parte correspondiente al periodo de tiempo en que el contrato hubiera tenido vigencia hasta el momento del desistimiento.

ARTÍCULO 6º. PLAZOS DE CARENCIA

Las coberturas de la póliza tomarán efecto, transcurridos los siguientes plazos de carencia.

- a) **En caso de enfermedad que requiera intervención quirúrgica, los primeros síntomas de la misma deben producirse una vez transcurridos tres meses desde la fecha de efecto de la póliza, salvo Intervención quirúrgica de carácter urgente.**
- b) **Para las restantes enfermedades, los primeros síntomas deben presentarse una vez transcurridos seis meses desde la fecha de efecto de la póliza.**
- c) **Para el riesgo de parto deben haber transcurrido 8 meses desde la fecha de efecto del alta en la póliza de la Asegurada.**

ARTÍCULO 7º. PAGO DE PRIMAS

A) NORMAS GENERALES

1. El Tomador del Seguro está obligado al pago de las primas en las condiciones estipuladas en la póliza.
2. Los recibos de primas deberán hacerse efectivos por el Tomador en sus correspondientes vencimientos por anualidades completas anticipadas. No obstante, podrá pactarse que el pago de la prima se fraccione de forma semestral, trimestral o mensual, aplicándose el recargo correspondiente. Dicho fraccionamiento y el recargo que corresponda se harán constar en las Condiciones Particulares de la póliza.
3. El pago de las primas será exigible en el domicilio del Tomador del Seguro o en el pactado en las Condiciones Particulares de la Póliza.
4. **El Asegurador sólo queda obligado por los recibos librados por la Compañía. El pago del importe de la prima efectuado por el Tomador del Seguro al Agente o en su caso al Corredor no se entenderá realizado al Asegurador salvo que, a cambio, el Agente o en su caso el Corredor entregue al Tomador del Seguro el recibo de prima emitido por el Asegurador.**

B) PRIMA INICIAL

1. La prima inicial es la que se fija en las Condiciones Particulares, que corresponde al periodo inicial de cobertura señalado en las mismas.
2. Si por culpa del Tomador del Seguro la prima no ha sido pagada una vez firmado el contrato o, en su caso, al vencimiento de la misma, el Asegurador tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima debida en vía ejecutiva.
3. **Salvo pacto expreso en contrario, si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el Asegurador quedará liberado de su obligación.**

C) PRIMAS SUCESIVAS

1. **Para el caso de prórroga tácita del contrato, la prima de los periodos sucesivos será la que resulte de aplicar a la suma asegurada las tarifas de primas que, fundadas en criterios técnico-actuariales, tenga establecidas en cada momento el Asegurador, teniendo en cuenta, además, las edades de los Asegurados, las garantías de la póliza en ese momento y la siniestralidad producida.**
2. El Asegurador, con treinta días al menos de anterioridad al vencimiento del contrato, notificará al Tomador del Seguro las primas aplicables para cada nuevo periodo de cobertura, mediante envío del oportuno aviso de cobro del recibo correspondiente (en el domicilio de dicho Tomador o en el determinado en la póliza), comunicándole la fecha de presentación al cobro. Si la tarifa fijada para el nuevo periodo de cobertura implicase un incremento respecto a la aplicada en el periodo precedente, el Tomador, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 5º de estas Condiciones Generales, podrá dar por resuelto el contrato mediante notificación expresa al Asegurador, mediante carta certificada, telegrama o telefax, con anterioridad al vencimiento del contrato, en cuyo caso el contrato quedará extinguido al vencimiento del periodo en curso.

En este caso si, por hallarse domiciliado el pago de la prima en una entidad bancaria, el recibo fuese cargado en la cuenta del Tomador, el Asegurador le reintegrará su importe.

3. **Para el pago de cada prima anual o fraccionada, el Tomador dispone de un plazo de un mes a contar desde el día siguiente a la fecha de su vencimiento. Si se produjera un siniestro durante el transcurso de ese mes, el Asegurador podrá deducir del importe a indemnizar el de la prima adeudada para el periodo en curso. Transcurrido el plazo indicado, las coberturas del seguro quedan automáticamente suspendidas.**

No serán indemnizables los siniestros que se produzcan cuando las coberturas se encuentren suspendidas.

4. Si el Asegurador no reclamara el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima, se entenderá que el contrato queda extinguido. El Asegurador, cuando el contrato esté en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la prima del periodo en curso, incluida la fracción de prima correspondiente al periodo en que la cobertura ha estado en suspenso, operando como penalización por mora en el pago. Si el contrato no hubiere sido resuelto, la cobertura vuelve a tener efecto a las 24 horas del día en que el Tomador pague la prima.

ARTÍCULO 8º. MODIFICACIONES EN EL RIESGO

1. El Tomador del Seguro o el Asegurado deberá 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.
2. La agravación del riesgo podrá ser aceptada o no por el Asegurador y se le aplicarán las normas siguientes:

Condiciones Generales

- a) En caso de aceptación, el Asegurador propondrá al Tomador del Seguro la modificación correspondiente del contrato, en el plazo de dos meses a contar desde el momento en que la agravación le haya sido declarada.

El Tomador del Seguro dispone de quince días desde la recepción de esa proposición para aceptarla o rechazarla. En caso de rechazo o 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.

- b) Si el Asegurador no acepta la modificación del riesgo, podrá rescindir el contrato, comunicándolo al Tomador del Seguro dentro del plazo de un mes, a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación, surtiendo efecto la extinción del contrato desde la fecha en la que se haya producido dicha modificación.

- 3. En el caso de que el Tomador del Seguro o el Asegurado no haya efectuado su declaración y sobreviniera un siniestro, el Asegurador quedará liberado de su prestación si el Tomador o el Asegurado han actuado con mala fe. En otro caso, la prestación del Asegurador se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.**

4. Durante el curso del contrato, el Tomador del Seguro o el Asegurado podrán poner en conocimiento del Asegurador todas las circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza que, si hubieran sido conocidas por aquél en el momento de la perfección del contrato, lo habría concluido en condiciones más favorables.

En tal caso, al finalizar el periodo en curso cubierto por la prima, el Asegurador deberá reducir el importe de la prima futura en la cuantía correspondiente, teniendo derecho el Tomador del Seguro, en caso contrario, a la resolución del contrato y a la devolución de la diferencia entre la prima satisfecha y la que le hubiera correspondido pagar desde el momento de la puesta en conocimiento de la disminución del riesgo.

- 5. A los efectos del presente contrato, se consideran modificaciones del riesgo que deben comunicarse inmediatamente al Asegurador, las siguientes:**

- 1. Modificación del puesto de trabajo, de la actividad laboral, del centro de trabajo, así como el cambio de domicilio laboral declarados al contratar el seguro.**
- 2. Disminución notable o desaparición de los ingresos declarados al Asegurador que fueron considerados para acordar el valor de la pérdida económica sufrida por el Asegurado y, en consecuencia, del cálculo de la indemnización.**
- 3. Cambio o modificación del régimen de cotización a la Seguridad Social declarado.**
- 4. Práctica habitual de deportes no declarados al contratar la póliza.**
- 5. La celebración de cualquier otro seguro sobre el mismo riesgo.**

ARTÍCULO 9º. EXTRAVÍO O DESTRUCCIÓN DE LA PÓLIZA

En caso de extravío de la póliza, el Asegurador, a petición del Tomador del Seguro, o en su defecto, del Beneficiario, tendrá la obligación de expedir copia o duplicado de la misma, la cual tendrá idéntica eficacia que la original. La petición se hará por escrito en el que se expliquen las circunstancias del caso, comprometiéndose el solicitante a devolver la póliza original si apareciese.

ARTÍCULO 10º. COMUNICACIONES

1. Las comunicaciones del Asegurador al Tomador del Seguro y, en su caso, al Asegurado o Beneficiario, se considerarán válidas si se han dirigido al último domicilio de éstos por él conocido.
2. Las del Tomador del Seguro, Asegurado o Beneficiarios, deberán remitirse al domicilio social del Asegurador, o al de la oficina de éste que haya intervenido en la contratación de la póliza.

ARTÍCULO 11º. PRESCRIPCIÓN Y JURISDICCIÓN

1. Las acciones que se deriven del presente contrato prescribirán en el término de cinco años, a contar desde el día en que pudieran ejercitarse.
2. El presente contrato queda sometido a la jurisdicción española y, dentro de ella, será Juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del mismo contrato el del domicilio del Asegurado, a cuyo efecto éste designará un domicilio en España, en caso de que el suyo fuese extranjero.
3. **Conforme a la normativa establecida para la protección de los usuarios de los servicios financieros (Orden Eco 734/2004 de 11 de marzo; RD 303/2004, de 20 de febrero), en el caso de que se suscite controversia en la interpretación o ejecución del presente contrato de seguro, el Tomador del seguro, el Asegurado, los beneficiarios y los terceros perjudicados o sus derechohabientes podrán formular reclamación ante la Dirección de Reclamaciones de MAPFRE por carta (Apartado de Correos 281- 28220 Majadahonda, Madrid) o por correo electrónico (reclamaciones@mapfre.com), de conformidad con el Reglamento para la solución de conflictos entre las sociedades del Grupo MAPFRE y los usuarios de sus servicios financieros, que puede consultarse en la página Web “mapfre.com”, y a las normas de actuación que lo resumen y que se facilitan al Tomador junto con este contrato.**

Asimismo, podrán formular reclamaciones y quejas los clientes de la Compañía, así como sus derechohabientes, en relación con la actuación de sus agentes de seguros y operadores de bancaseguros, de conformidad con el Reglamento y el procedimiento antes citados.

La reclamación podrá realizarse en soporte papel o por medios informáticos, electrónicos o telemáticos, conforme a lo previsto en la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de Firma Electrónica.

Normas Comunes para todas las Garantías

Desestimada dicha reclamación o transcurrido el plazo de dos meses a contar desde la fecha en que el reclamante la haya presentado, podrá éste formular reclamación ante el Comisionado para la Defensa del Cliente de Servicios Financieros, funciones asumidas por el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (Paseo de la Castellana, 44, 28046, Madrid; correo electrónico: reclamaciones.seguros@meh.es, Oficina virtual: www.dgsfp.es).

Sólo con la expresa conformidad de las partes, podrán someterse las diferencias derivadas de la interpretación y cumplimiento de este contrato al juicio de árbitros, de acuerdo con la legislación vigente.

Normas Comunes para todas las Garantías

ARTÍCULO 12º. SINIESTROS

Obligaciones del Asegurado en caso de siniestro:

1. Aminorar las consecuencias del siniestro, empleando los medios a su alcance para el pronto restablecimiento del Asegurado. El incumplimiento de esta obligación con la manifiesta intención de perjudicar o engañar al Asegurador, liberará a éste de toda prestación derivada del siniestro.
2. Comunicar el acaecimiento del siniestro al Asegurador dentro del plazo máximo de siete días de haberlo conocido y presentar la documentación que se especifica en las Condiciones Generales de cada garantía.
3. Permitir y facilitar al Asegurador todos aquellos actos de comprobación, seguimiento y control respecto de los siniestros declarados, que precise realizar para determinar la procedencia o no del pago de la prestación solicitada.

El Asegurado deberá autorizar, someterse y colaborar en cuantos exámenes, reconocimientos o pruebas médicas considere necesarias efectuar el Asegurador.

Los datos derivados de estas actuaciones serán absolutamente confidenciales y utilizados exclusivamente para la finalidad para la que fueron recabados.

La negativa infundada del Asegurado, o el incumplimiento de estos deberes, se entenderá como renuncia a la prestación que pudiera corresponderle, quedando el Asegurador liberado del pago de la prestación.

4. Si en el plazo de tres meses desde la producción del siniestro el Asegurador no hubiese cumplido su prestación por causa no justificada o que le fuese imputable, la indemnización se incrementará en un interés anual igual al del interés legal del dinero vigente en el momento en que se devengue, incrementado en el 50%. Una vez transcurridos dos años desde la producción del siniestro, el interés anual a partir de ese día no podrá ser inferior al 20%.

Condiciones Generales de cada Garantía

ARTÍCULO 13º. PAGO DE INDEMNIZACIONES

1. **Una vez obtenida el ALTA por el Asegurado y recibida de conformidad por el Asegurador la documentación requerida que se especifica en las presentes Condiciones, el Asegurador abonará al Asegurado la indemnización que corresponda.**

No obstante, el Asegurador, previa presentación de la documentación solicitada, y a petición del Asegurado, podrá realizar liquidaciones parciales anticipadas, por periodos no inferiores a un mes y siempre que la duración prevista de la incapacidad sea superior a cuarenta días.

2. **El cálculo de la indemnización que corresponda se realizará tomando como base la cuantía asegurada a la fecha en que se haya iniciado la incapacidad u hospitalización del Asegurado. No se tomarán en consideración para el cálculo las revalorizaciones anuales de las sumas aseguradas o mejora de coberturas que se produzcan con posterioridad a dicha fecha.**

El importe máximo de indemnización diaria que abonará el Asegurador será el señalado en las Condiciones Particulares, aun en el caso de que el Asegurado sufriera varias enfermedades simultáneas y durante el periodo máximo establecido en las mismas, menos los días de franquicia en su caso convenidos.

3. Las indemnizaciones serán abonadas mediante transferencia bancaria a la cuenta corriente indicada por el Asegurado, o en la oficina de MAPFRE donde se haya tramitado el siniestro, previa firma del documento acreditativo de la liquidación practicada por la Compañía, sin perjuicio de las reservas que el Asegurado pudiera realizar a la misma.
4. Si en el plazo de tres meses desde la producción del siniestro, el Asegurador no hubiera indemnizado su importe total por causa no justificada o que le fuere imputable, la indemnización se incrementará en la cuantía legalmente establecida.

Condiciones Generales de cada Garantías

A) INDEMNIZACIÓN POR INCAPACIDAD TEMPORAL TOTAL

ARTÍCULO 14º. OBJETO Y EXTENSIÓN DE LA GARANTÍA

Si se contrata esta garantía, lo cual se hará constar expresamente en las Condiciones Particulares, el Asegurador se obliga al pago de la indemnización diaria indicada en dichas Condiciones, en la forma y términos que a continuación se detallan, si durante la vigencia de la garantía el Asegurado sufre una incapacidad temporal total.

A los efectos de esta garantía, se entenderá por INCAPACIDAD TEMPORAL TOTAL el periodo durante el cual el Asegurado se encuentra totalmente incapacitado para realizar su actividad profesional como consecuencia de una enfermedad o accidente cubiertos por la póliza que, por prescripción de un médico y bajo continua asisten-

Condiciones Generales de cada Garantía

cia médica, le exija permanecer ingresado en un hospital o guardar reposo en su domicilio, salvo que la ausencia de éste último sea por motivos directamente relacionados con el tratamiento médico a que esté sometido.

Esta garantía tiene por objeto cubrir la pérdida económica que para el Asegurado supone no poder ejercer su trabajo, por lo que si el Asegurado continuara ejerciendo su trabajo, aunque fuera parcialmente, no se devengará indemnización alguna.

La presente garantía es independiente de la baja de la Seguridad Social, así como de cualquier incapacidad temporal reconocida por Mutuas u otras entidades, por lo que el periodo de incapacidad indemnizable no tiene porqué coincidir con el reconocido por aquellas, pudiendo incluso finalizar sin que el Asegurado haya recibido el alta de cualesquiera otras entidades.

A los solos efectos del seguro, los Servicios Médicos Colaboradores del Asegurador comprobarán la veracidad de la lesión alegada, así como el efectivo estado de incapacidad temporal total en relación con las actividades profesionales, laborales o empresariales declaradas, y otorgarán el alta al Asegurado cuando, como consecuencia de las exploraciones físicas realizadas y/o a la vista de la documentación médica aportada, así lo consideren conveniente.

1. Devengo de la indemnización:

La indemnización se devengará:

- a) Con carácter general, a partir del día siguiente al que finalice el periodo de franquicia establecido en las Condiciones Particulares de la póliza, y durante el tiempo que el Asegurado permanezca totalmente incapacitado conforme ha quedado expuesto anteriormente, salvo los supuestos especiales que más adelante se indican.
- b) En caso de que el Asegurado precise para su curación una intervención quirúrgica, la indemnización se devengará a partir de la fecha en que el Asegurado sea ingresado en el hospital para llevar a cabo dicha intervención quirúrgica, no aplicándose el periodo de franquicia establecido en las Condiciones Particulares de la póliza.

2.- Finalización del devengo de la indemnización:

El devengo de la indemnización finalizará:

1. Cuando el Asegurado pueda reanudar sus actividades laborales, aún cuando no tenga una total recuperación, con independencia de que haya o no recibido el alta de la Seguridad Social, así como de cualesquiera otras Mutuas o entidades.
2. Si se trata de un enfermo traumatizado o politraumatizado, 15 días después de la fecha en la que hayan sido retiradas las férulas, yesos u otros medios de fijación externa.
3. Cuando se agote el periodo máximo por el que se puede devengar la indemnización.

Condiciones Generales de cada Garantía

4. Cuando se produzca cualquiera de los hechos señalados en el artículo 5º, los cuales conllevan la extinción de la garantía.
5. Cuando el Asegurado incumpla las obligaciones estipuladas en las presentes Condiciones Generales.

3.- Periodo máximo indemnizable:

El periodo máximo indemnizable será el establecido en las condiciones particulares, menos los días de franquicia convenidos, computados desde la fecha de la baja, o desde la fecha del ingreso hospitalario en caso de que el Asegurado requiera intervención quirúrgica para su curación.

En caso de haberse abonado alguna indemnización por la presente garantía, si el asegurado sufriera una nueva incapacidad temporal por la misma causa o por causas directamente relacionadas con la anterior, el nuevo periodo de incapacidad se considerará, a todos los efectos, continuación del anterior, y la suma de ambos plazos no podrá superar los máximos establecidos a efectos de indemnización (periodo indenizable, menos los días de franquicia). No se aplicará esta cláusula si entre un periodo de incapacidad y otro han transcurrido doce meses consecutivos, durante los cuales el Asegurado realizara o hubiera podido realizar su trabajo o profesión habitual.

4.- Supuestos especiales:

En caso de que el Asegurado sufra una incapacidad por alguna de las causas que se indican a continuación, el periodo máximo indemnizable por siniestro, Asegurado y anualidad, será el que se detalla:

- Enfermedades psiquiátricas o trastornos psicológicos que conlleven ingreso hospitalario: máximo 20 días.
- Lesiones por sobreesfuerzo producidas o manifestadas dentro de los plazos de carencia estipulados: máximo 30 días.

ARTÍCULO 15º. PERIODO DE FRANQUICIA

A los efectos de esta garantía, se entenderá por periodo de franquicia el número de días consecutivos durante los cuales no se abonará indemnización.

El periodo de franquicia convenido se indicará en las Condiciones Particulares, y se aplicará desde el día de comienzo del periodo de incapacidad indemnizable.

ARTÍCULO 16º. BONIFICACIÓN POR BAREMO

Se acompaña a las presentes Condiciones un baremo en el que se recoge la duración media de la incapacidad laboral de los distintos procesos patológicos.

En caso de siniestro, si el periodo de incapacidad indemnizable del Asegurado resultase igual o inferior al número de días contemplados en el baremo para la dolencia o enfermedad que ha padecido, la indemnización que deba percibir, se incrementará en una cantidad igual al 50% de la indemnización que correspondería a los días de franquicia.

Condiciones Generales de cada Garantía

Si posteriormente y antes del transcurso de un año, el Asegurado sufriera otro siniestro originado por la misma causa, y la suma de ambos periodos superara el número de días previsto en el baremo, el Asegurado perdería el derecho a la bonificación percibida, que le sería deducido del importe de la indemnización del segundo siniestro.

La presente bonificación no será de aplicación para los supuestos especiales señalados en el artículo 14º punto 4.

ARTÍCULO 17º. DOCUMENTACIÓN

El Asegurado deberá acreditar al Asegurador el inicio, mantenimiento y la finalización de la incapacidad, y presentar al efecto la siguiente documentación:

- Impreso de solicitud de indemnización cumplimentado en su totalidad y firmado por el propio Asegurado.
- Impreso de baja, cumplimentado en su totalidad y firmado por el médico que esté tratando al Asegurado.

Podrá sustituirse por un informe médico en el que se haga constar el origen, antecedentes, fecha de inicio y evolución de la enfermedad o accidente que han motivado la incapacidad.

- En caso de que el Asegurado haya sido objeto de ingreso hospitalario deberá presentar informe o historial clínico del ingreso hospitalario en el que consten las fechas de ingreso y alta, y el origen y antecedentes de la enfermedad o accidente que motivaron el ingreso, así como la evolución del Asegurado.
- Para acreditar el alta, se presentará Impreso de Alta firmado por el médico que ha tratado al Asegurado.
- En caso de baja por accidente, el Asegurado deberá presentar el parte de urgencias.
- En todos aquellos casos en que no sea posible la valoración y tramitación del siniestro con la información aportada inicialmente por el Asegurado, el Asegurador podrá solicitar nuevos informes médicos y realizar cuantas averiguaciones y comprobaciones sean necesarias con esa finalidad.

La información facilitada al Asegurador, podrá ser comprobada por su Inspección Médica.

El Tomador del Seguro y/o el Asegurado deberán permitir las visitas de inspección indicadas, así como cualquier averiguación o comprobación que el Asegurador considere necesario.

B) INDEMNIZACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN POR CUALQUIER CAUSA

ARTÍCULO 18º. OBJETO Y EXTENSIÓN DE LA GARANTÍA

Si se ha contratado esta garantía, lo cual se hará constar en las Condiciones Particulares, el Asegurador se obliga al pago de la indemnización diaria indicada en dichas Condiciones si, como consecuencia de una enfermedad contraída o un accidente sufrido durante la

Condiciones Generales de cada Garantía

vigencia de la póliza y que resulten cubiertos por esta garantía, el Asegurado tuviera que ser necesariamente internado en un hospital más de 24 horas.

Devengo de la indemnización:

La indemnización se devengará durante el tiempo que el Asegurado figure como paciente interno del hospital y con un máximo de 365 días, salvo los supuestos especiales siguientes, cuyo periodo máximo indemnizable por siniestro, Asegurado y por anualidad será el que se indica:

- **Enfermedades psiquiátricas y trastornos psicológicos:**
máximo 20 días.

Si dentro del periodo de doce meses siguientes a una hospitalización del Asegurado, por la cual se hubieran abonado indemnizaciones por esta cobertura, el Asegurado tuviera que ser ingresado nuevamente en un hospital por la misma causa o por causas relacionadas con el anterior internamiento, el nuevo internamiento hospitalario será considerado, a todos los efectos, como prolongación del anterior. Cuando el periodo transcurrido entre ambos internamientos sea superior a doce meses, el segundo internamiento será considerado como nuevo periodo de hospitalización.

ARTÍCULO 19°. BONIFICACIÓN POR INGRESO EN DIFERENTE PROVINCIA

Si el Asegurado tuviera que ser ingresado en un hospital que esté ubicado en una provincia distinta a la de su residencia habitual se le abonará el capital garantizado incrementado en un 50%.

A estos efectos, se considerará domicilio habitual del Asegurado el que figura en la póliza para el Tomador.

ARTÍCULO 20°. DOCUMENTACIÓN

El Asegurado deberá acreditar al Asegurador todas las circunstancias del siniestro, mediante la presentación de la siguiente documentación:

- Impreso de solicitud de indemnización cumplimentado en su totalidad y firmado.
- Informe o historial clínico del ingreso hospitalario en el que consten las fechas de ingreso y alta, y el origen y antecedentes de la enfermedad o accidente que motivaron el ingreso, así como la evolución del Asegurado.
- En todos aquellos casos en que no sea posible la valoración y tramitación del siniestro con la información aportada inicialmente por el Asegurado, el Asegurador podrá solicitar nuevos informes médicos y realizar cuantas averiguaciones y comprobaciones sean necesarias con esa finalidad.

Condiciones Generales de cada Garantía

C) INDEMNIZACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN POR INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

ARTÍCULO 21º. OBJETO Y EXTENSIÓN DE LA GARANTÍA

Si se ha contratado esta cobertura, lo cual se hará constar expresamente en las Condiciones Particulares, el Asegurador garantiza el pago de la indemnización diaria indicada en las Condiciones Particulares si, como consecuencia de enfermedad contraída o accidente sufrido durante la vigencia de la póliza y cubiertos por esta garantía, el Asegurado tuviera que ser ingresado en un hospital para ser sometido a una intervención quirúrgica.

Devengo de la indemnización:

La indemnización diaria se pagará desde el día en que tenga lugar el ingreso para la intervención quirúrgica hasta el día en que el Asegurado abandone el hospital donde le haya sido practicada, con un máximo de 365.

El importe de la indemnización diaria será abonado por la cuantía señalada en las Condiciones Particulares, sea cual fuere el número de intervenciones a que haya sido sometido el Asegurado durante su permanencia en el hospital.

ARTÍCULO 22º. BONIFICACIÓN POR INGRESO POR CIRUGÍA EN DIFERENTE PROVINCIA

Si el Asegurado tuviera que ser intervenido quirúrgicamente y sea ingresado en un hospital que esté ubicado en una provincia distinta a la de su residencia habitual se le abonará el capital garantizado incrementado en un 50%.

A estos efectos, se considerará domicilio habitual del Asegurado el que figura en la póliza para el Tomador.

ARTÍCULO 23º. DOCUMENTACIÓN

El Asegurado deberá acreditar al Asegurador todas las circunstancias del siniestro, mediante la presentación de la siguiente documentación:

- Impreso de solicitud de indemnización cumplimentado en su totalidad y firmado.
- Informe o historial clínico del ingreso hospitalario en el que consten las fechas de ingreso, fecha de la cirugía, y de alta, y el origen y antecedentes de la enfermedad o accidente que motivaron el ingreso, así como la evolución del Asegurado.

Condiciones Generales de cada Garantía

- En todos aquellos casos en que no sea posible la valoración y tramitación del siniestro con la información aportada inicialmente por el Asegurado, el Asegurador podrá solicitar nuevos informes médicos y realizar cuantas averiguaciones y comprobaciones sean necesarias con esa finalidad.

D) GRAN DEPENDENCIA POR ACCIDENTE

ARTÍCULO 24º. OBJETO Y EXTENSIÓN DE LA GARANTÍA

Esta garantía sólo podrá contratarse en aquellos casos en que el Asegurado haya contratado la Garantía de Indemnización Temporal Total.

Mediante esta garantía el Asegurador se obliga al reembolso del 100 por cien de los gastos socio-sanitarios derivados del estado de GRAN DEPENDENCIA del Asegurado producido como consecuencia de un accidente, incluidos los gastos derivados de la adecuación de la vivienda que sea el domicilio familiar, con el límite máximo indicado en Condiciones Particulares y para toda la vigencia de la póliza.

A los solos efectos del seguro, la situación de GRAN DEPENDENCIA es aquélla en la que el Asegurado necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.

El reconocimiento del derecho a esta cobertura corresponde, únicamente, al Asegurador, quien solicitará a los familiares o representantes del Asegurado la resolución expedida por los órganos de valoración de la Comunidad Autónoma de residencia del Asegurado, que acredite el reconocimiento del grado de GRAN DEPENDENCIA, con una puntuación final de 75 a 100 puntos, según lo dispuesto en el Real Decreto 504/2007, de 20 de abril, que aprueba el Baremo de Valoración de Dependencia. A tal fin, el Asegurador podrá también solicitar documentación adicional o requerir reconocimientos médicos que considere necesario efectuar al Asegurado.

Verificado por el Asegurador la procedencia del reembolso, éste se hará efectivo a los familiares o al tutor o entidad tutelar que ostenten la representación del Asegurado acordada en resolución judicial.

Esta garantía se extinguirá automáticamente:

- a) en la anualidad en que el Asegurado alcance la edad de 65 años
- b) cuando se agote el límite económico pactado
- c) cuando se dé alguno de los supuestos contemplados en el Artículo 5º de las presentes Condiciones Generales.

Condiciones Generales de cada Garantía

ARTÍCULO 25º. GARANTÍAS ESPECIALES

A) CIRUGIA DE LA MIOPIA, HIPERMETROPIA Y ASTIGMATISMO

Esta garantía tiene por objeto cubrir la realización de técnicas quirúrgicas sobre la córnea mediante láser excimer, que permitan la corrección de la miopía, hipermetropía y del astigmatismo, en los centros especializados concertados con el Asegurador. Comprende:

- La consulta y medios diagnósticos para la valoración de la técnica quirúrgica con paquimetría y topografía corneal y,
- La cirugía refractiva de cada ojo.

El Asegurado participará en el coste de estas prestaciones mediante el pago de los siguientes importes, que abonará directamente al centro realizador: a) por la consulta 60,10 euros; b) por la cirugía: 901,52 euros.

Para solicitar el acceso a esta garantía y obtener información de los centros especializados el Asegurado deberá ponerse en contacto con el teléfono de Atención al Asegurado 902 20 40 60.

B) CONSULTA INTERNACIONAL

Esta garantía tiene por objeto facilitar, cuando así sea solicitado, la opinión de un especialista para obtener un segundo diagnóstico e información sobre los tratamientos más avanzados en los mejores centros hospitalarios a nivel mundial, para casos de enfermedades.

Para solicitar el acceso a esta garantía, el asegurado deberá contactar con el teléfono de Atención al Asegurado 902 20 40 60, donde recibirá información sobre la operativa a seguir.

C) ORIENTACION MÉDICA 24 HORAS

Esta garantía permite al Asegurado obtener, a través del teléfono 902 20 40 60, durante las 24 horas del día, cualquier información sobre enfermedades, tratamientos, prevención de la salud y medicamentos, así como asesoramiento profesional y cualificado en la comprensión de informes y diagnósticos.

D) ORIENTACIÓN JURÍDICA TELEFÓNICA

Esta garantía permite al Asegurado obtener asesoramiento telefónico sobre cualquier consulta legal, penal, civil, administrativa y laboral que pueda precisar.

Para solicitar el acceso a esta garantía el Asegurado deberá ponerse en contacto con el teléfono de MAPFRE MULTISERVICIOS 902 36 21 16, donde el Asegurado recibirá información de la operativa a seguir.

ARTÍCULO 26º . PROTECCION DE PAGOS

MAPFRE FAMILIAR pone a disposición de sus Asegurados las prestaciones de "Protección de Pagos por Desempleo e Incapacidad Temporal" derivadas de enfermedad o accidente de acuerdo con los límites y condiciones recogidos en el Anexo 3 que se entrega con la presente póliza.

Definiciones

A LOS EFECTOS DE ESTA PÓLIZA SE ENTENDERÁ POR:

- **Accidente:** La lesión corporal, que derive de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado. No se considerarán como accidentes las enfermedades cardiovasculares y lesiones relacionadas con dichas afecciones.
- **Asegurado:** La persona física titular del riesgo objeto de cobertura.
- **Asegurador:** MAPFRE FAMILIAR DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., entidad emisora de esta póliza, que mediante el cobro de la prima, asume la cobertura del riesgo contratado, con arreglo a las condiciones de la póliza.
- **Asegurado Titular:** Cada uno de los Asegurados que satisface las condiciones de adhesión al seguro y que, en defecto del Tomador del Seguro, asume las obligaciones derivadas del contrato.
- **Beneficiario:** La persona titular del derecho a percibir, en su caso, la prestación derivada de la póliza. En esta modalidad de seguro, este derecho corresponde al Asegurado.
- **Carencia:** Periodo de tiempo contado a partir de la fecha de efecto del seguro otorgado por MAPFRE FAMILIAR a cada póliza durante el cual no entra en vigor alguna de las garantías de la póliza.
- **Enfermedad o lesión:** Toda alteración involuntaria de la salud cuyo diagnóstico sea efectuado por un médico legalmente autorizado para ejercer.
- No se consideran enfermedad, a efectos de cobertura, a título meramente enunciativo y no limitativo: la esterilidad, los tratamientos para adelgazar, las curas de sueño o reposo, los tratamientos psicológicos, las intervenciones y/o tratamientos por razones estéticas, los defectos o dolencias congénitas, el alcoholismo y las toxicomanías.
- **Enfermedad congénita:** Es aquella alteración de la salud con la que se nace, bien por ser hereditaria o por haberse contraído en el seno del útero materno.
- **Enfermedad/defecto o malformación preexistente:** Es aquella alteración de la salud que existe con anterioridad al momento de la contratación o alta en el seguro y que normalmente, hubiera sido percibida por signos o síntomas, independientemente de un diagnóstico médico.
- **Hospital o Centro Hospitalario:** Todo establecimiento público o privado legalmente autorizado para el tratamiento de enfermedades o lesiones corporales, provisto de los medios para efectuar diagnósticos, intervenciones quirúrgicas, e internamiento superior a 24 horas. Estos centros pueden disponer además de unidades especiales de hospitalización y de hospital de día.

A los efectos de la póliza no se considerarán hospitales los hoteles, asilos, casas de reposo o convalecencia, balnearios, instalaciones dedicadas principalmente al internamiento y/o tratamiento de enfermedades crónicas, tratamientos de drogadicción o alcoholismo e instituciones similares.
- **Hospitalización:** Supone el registro de entrada del paciente y su encamamiento en el hospital durante un mínimo de 24 horas.

Definiciones

- **Intervención quirúrgica:** Toda operación mediante incisión u otra vía de abordaje interno efectuada por un profesional sanitario autorizado, con fines terapéuticos.
- **Intervención quirúrgica de carácter urgente:** Aquella en que la demora en su realización pueda significar un peligro grave e inmediato para la vida de la persona o para su capacidad funcional.
- **Médico:** Persona que se halla legalmente autorizada para profesar y ejercer la medicina.
- **Póliza:** Conjunto de documentos que contiene las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte integrante de la póliza: la solicitud de seguro, el cuestionario sobre el estado de salud, las condiciones generales, especiales y particulares que individualizan el riesgo, así como los suplementos o apéndices que se añadan a la misma, para completarla o modificarla.
- **Prima:** Precio del seguro que se devengará por periodos anuales, en cuyo recibo se incluirán además los recargos e impuestos repercutibles.
- **Siniestro:** La ocurrencia de cualquier acontecimiento que sea objeto de indemnización por aplicación de alguna de las garantías contratadas en la póliza. Se considerará que constituye un solo y único siniestro el conjunto de daños, secuelas y consecuencias derivadas de un mismo hecho.
- **Sobreesfuerzo:** Lesión corporal que deriva de una contracción muscular extrema para vencer una resistencia o cumplir una función natural, pero difícil y/o laboriosa.
- **Suma asegurada:** El límite máximo de la indemnización a pagar en cada caso por el Asegurador. El importe de las sumas aseguradas para cada garantía contratada figurará en las Condiciones Particulares de la póliza.
- **Tomador del seguro:** Persona física o jurídica que, juntamente con el Asegurador, suscribe este contrato, y al que corresponden los derechos y obligaciones que del mismo se deriven, salvo los que por su naturaleza deban ser cumplidos por el Asegurado.



Domicilio Social: Ctra. de Pozuelo, 50 - 28222 Majadahonda, Madrid
Teléfono: 902 20 40 60

www.mapfre.com