

Allianz Seguros

Allianz Salud

Modelo del Contrato de Seguro nº 022312888

Madrid a 14 Septiembre 2007

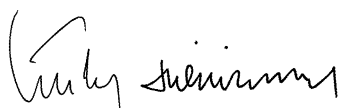
Allianz 

Tomador de la Póliza

Nombre Hombre Hombre

Estas son las condiciones de su Contrato de Seguro. Es muy importante que las lea atentamente y verifique que sus expectativas de seguro están plenamente cubiertas. Para nosotros, es un placer poder asesorarle y dar cobertura a todas sus necesidades de previsión y aseguramiento.

Atentamente



Allianz Seguros y Reaseguros, S.A.

BERGUA DATOS, PRUEBA

SUMARIO

CONDICIONES PARTICULARES Y GENERALES

CAPÍTULO I

Datos identificativos	3
------------------------------------	---

CAPÍTULO II

Objeto y alcance del Seguro

Urgencias en Centro Sanitario	9
Urgencias médicas y de enfermería a domicilio	9
Visitas médicas y actos sanitarios de diplomados en enfermería, fisioterapeutas, podólogos y matronas.	9
Pruebas complementarias	15
Intervenciones quirúrgicas, tratamientos y prótesis	15
Hospitalización	16
Ambulancia	16
Rehabilitación	16
Sangre y hemoderivados	17
Asistencia en viaje en el extranjero	17

CAPÍTULO III

Siniestros	19
-------------------------	----

CAPÍTULO IV

Cuestiones fundamentales de carácter general	21
---	----

CLÁUSULA FINAL	24
-----------------------------	----

PROYECTO SIN VALOR CONTRACTUAL

Este documento es un proyecto sin valor contractual.

No vincula ni obliga expresamente a la emisión de la Póliza en las condiciones reflejadas, ya que estas podrían sufrir variaciones en base a la comprobación de la exactitud de los datos aportados

Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.

Sede Social:
Paseo de la Castellana, 39
28046 Madrid
Telf. 902 23 26 29

Oficinas Centrales:
Tarragona, 109
08014 Barcelona
Telf. 902 23 26 29

R.M. de Madrid;
Tomo 3758; Libro 0; Folio 1;
Sección 8; Hoja M 62591
N.I.F. A-28007748



Certificado de Calidad en
el Diseño y la Contratación
de seguros y la Gestión de
siniestros para Clientes
particulares y empresas.



CONDICIONES PARTICULARES Y GENERALES

CAPÍTULO I Datos identificativos

Tomador del seguro **Nombre Hombre Hombre** C.I.F.: 28947272R
 Cl Domicilio
 08001 Barcelona

Póliza y duración **Póliza nº:** 022312888
Duración: Desde las 14:23 horas del 14/09/2007 hasta las 24 horas del 31/08/2008.
 Renovable a partir del 01/09/2008.

Mediador **BERGUA DATOS, PRUEBA** 622 6223000
 Domicilio Domicilio Domicilio 27 8º
 28020 Madrid
 Tel: 9999999999
 NOMBRE.PRUEBA@ALLIANZ.TT

Relación de asegurados	Nombre	N.I.F.	Sexo	Fecha Nac.	Parentesco	Fecha Alta	Prima Mes
	Nombre Mujer Mujer	035743765	Femenino	01/01/1967	Asegurado Ppal.	14/09/2007	49,47
	Nombre Hombre Hombre	28947272R	Masculino	01/01/1966	MARIDO	14/09/2007	49,47

Primas	Ref.: 838564277	Prima Neta	1.090,82
	Período: de 14/09/2007 a 31/08/2008	IPS (6%)	0,00
	Periodicidad del pago: Anual	Recargos	3,27
		Consorcio	0,00
		Total Recibo	1.094,09

A cada vencimiento de la póliza, la prima se calculará sobre la Tarifa que en esa fecha tenga vigente la Compañía, elaborada de acuerdo con la legislación en vigor y que estará puesta a disposición de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía y Hacienda.

Servicios para el Asegurado

Para realizar de **manera rápida consultas, peticiones de aclaración, declaración de siniestros, solicitudes de intervención, corrección de errores o subsanación de retrasos**, el Asegurado deberá dirigirse a:

En cualquier caso

El Mediador **BERGUA DATOS, PRUEBA** teléfono..... **999999999**

También a través de su e-mail **NOMBRE.PRUEBA@ALLIANZ.TT**

Para cuestiones administrativas y de servicio

El Centro de Atención Telefónica de Allianz..... **902 300 186**

También a través de su web **www.allianz.es**

Autorizaciones **901 302 402**

(de lunes a viernes)

Desde el 24/06 al 11/09: de 8,30 a 14,30 h.

Desde el 12/09 al 23/06: de 8,30 a 17,30 h.

Urgencias **902 302 402**

(24 horas)

Urgencias Internacionales **34914522915**

(24 horas)

Ambulancia **93 3316666**

(24 horas)

(Previa autorización de la Compañía)

Cláusulas

El Cuadro Facultativo es una muestra completa donde pueden observarse todos los profesionales y centros sanitarios concertados en España. Está sujeto a variaciones, fundamentalmente alta y bajas de profesionales, que serán comunicadas oportunamente mediante anexos.

Cada asegurado tiene derecho a recibir únicamente las prestaciones de los profesionales y centros sanitarios que correspondan específicamente a las especialidades y garantías contratadas, las cuales constan concretamente en las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza.

Asegurado Principal: **Nombre Mujer Mujer**

C.I.F.: **03574376S**

Sexo: **Femenino**

Fecha de nacimiento: **01/01/1967**

Alta en la póliza: **14/09/2007**

Domicilio familiar: **Cl Domicilio - 08001 Barcelona**

Prestaciones contratadas:

- Urgencias en Centro Sanitario
- Urgencias médicas y de enfermería a domicilio
- Visitas médicas y actos sanitarios de diplomados en enfermería, fisioterapeutas, podólogos y matronas.
- Pruebas complementarias
- Intervenciones quirúrgicas, tratamientos y prótesis
- Hospitalización
- Ambulancia
- Rehabilitación
- Sangre y hemoderivados
- Asistencia en viaje en el extranjero

Carencias

35. Completo		
Urgencias en centro sanitario		Ninguna
Urgencias a domicilio		Ninguna
Visitas de medicina general, pediatría y ATS		Ninguna
Medicina especializada		Ninguna
Embarazo y parto	Embarazo	Hasta 14/12/2007
	Parto	Hasta 14/09/2008
	Reproducción humana asistida	Hasta 14/09/2009
	Adopción	Hasta 14/09/2009
Análisis clínicos	Simples	Ninguna
	Complejas	Hasta 14/03/2008
Diagnóstico por la imagen	Simples	Ninguna
	Complejas	Hasta 14/03/2008
Otras pruebas y tratamientos complementarios		Hasta 14/03/2008
	Litotricia	Hasta 14/03/2009
Hospitalización médica		Hasta 14/03/2008
Hospitalización quirúrgica		Hasta 14/03/2008
Intervenciones quirúrgicas		Hasta 14/03/2008
Unidad de vigilancia intensiva (UVI)		Hasta 14/03/2008
Rehabilitación		Hasta 14/03/2008
Ambulancia		Ninguna
Asistencia en viaje en el extranjero		Ninguna
15. Odontología		Ninguna

Las condiciones del contrato se han establecido en base a las siguientes declaraciones, hechas por Nombre Mujer Mujer sobre su estado de salud en el momento de contratar la póliza:

<p>Altura: 1,77 m. Peso: 77 kg. Edad: 40 años</p> <p>* ¿Padece Vd. o ha padecido alguna de las enfermedades siguientes?</p> <p>1) ¿Padece algún tipo de alergia? no</p> <p>2) Alteraciones o enfermedades del corazón, del aparato circulatorio y/o respiratorio. no</p> <p>3) Alteraciones o enfermedades del aparato digestivo. no</p> <p>4) Alteraciones o enfermedades del riñón o vías urinarias. no</p>	<p>5) Alteraciones o enfermedades de los huesos, articulaciones o de la columna vertebral. no</p> <p>6) Alteraciones o enfermedades de los ojos. no</p> <p>7) Alteraciones o enfermedades del sistema nervioso, mentales o consumo de drogas. no</p> <p>8) Tumores, bultos o enfermedades de las mamas u otras alteraciones hormonales como diabetes, etc. ¿Se ha sometido a algún tipo de analítica o prueba de esterilidad/fertilidad? no</p>	<p>9) ¿Ha sido Vd. hospitalizado en los últimos cinco años? no</p> <p>10) ¿Ha sido sometido durante el último año a reconocimientos especiales de diagnóstico como ecografías, pruebas de esfuerzo, TAC, resonancia magnética, mamografía, endoscopia u otras pruebas? no</p> <p>11) ¿Ha sido diagnosticado de cáncer o principio o indicio de cáncer? no</p> <p>12) ¿Tiene Vd. o ha tenido alguna otra enfermedad o afección que no le hayamos preguntado? no</p> <p>13) ¿Fuma? no</p>
<p>* Conteste las siguientes preguntas:</p>		

Asegurado: **Nombre Hombre Hombre**

C.I.F.: **28947272R** Sexo: **Masculino** Fecha de nacimiento: **01/01/1966** Alta en la póliza: **14/09/2007**
 Asegurado Principal: **Nombre Mujer Mujer** C.I.F.: **03574376S**
 Parentesco con el Asegurado Principal: **MARIDO**

Domicilio familiar: **Cl Domicilio - 08001 Barcelona**

Prestaciones contratadas:

- Urgencias en Centro Sanitario
- Urgencias médicas y de enfermería a domicilio
- Visitas médicas y actos sanitarios de diplomados en enfermería, fisioterapeutas, podólogos y matronas.
- Pruebas complementarias
- Intervenciones quirúrgicas, tratamientos y prótesis
- Hospitalización
- Ambulancia
- Rehabilitación
- Sangre y hemoderivados
- Asistencia en viaje en el extranjero

Carencias		
35. Completo		
Urgencias en centro sanitario		Ninguna
Urgencias a domicilio		Ninguna
Visitas de medicina general, pediatría y ATS		Ninguna
Medicina especializada		Ninguna
Embarazo y parto	Embarazo	Hasta 14/12/2007
	Parto	Hasta 14/09/2008
	Reproducción humana asistida	Hasta 14/09/2009
	Adopción	Hasta 14/09/2009
Análisis clínicos	Simples	Ninguna
	Complejas	Hasta 14/03/2008
Diagnóstico por la imagen	Simples	Ninguna
	Complejas	Hasta 14/03/2008
Otras pruebas y tratamientos complementarios		Hasta 14/03/2008
	Litotricia	Hasta 14/03/2009
Hospitalización médica		Hasta 14/03/2008
Hospitalización quirúrgica		Hasta 14/03/2008
Intervenciones quirúrgicas		Hasta 14/03/2008
Unidad de vigilancia intensiva (UVI)		Hasta 14/03/2008
Rehabilitación		Hasta 14/03/2008
Ambulancia		Ninguna
Asistencia en viaje en el extranjero		Ninguna
15. Odontología		Ninguna

Las condiciones del contrato se han establecido en base a las siguientes declaraciones, hechas por Nombre Hombre Hombre sobre su estado de salud en el momento de contratar la póliza:

<p>Altura: 1,78 m. Peso: 78 kg. Edad: 41 años</p> <p>* ¿Padece Vd. o ha padecido alguna de las enfermedades siguientes?</p> <p>1) ¿Padece algún tipo de alergia? no</p> <p>2) Alteraciones o enfermedades del corazón, del aparato circulatorio y/o respiratorio. no</p> <p>3) Alteraciones o enfermedades del aparato digestivo. no</p> <p>4) Alteraciones o enfermedades del riñón o vías urinarias. no</p>	<p>5) Alteraciones o enfermedades de los huesos, articulaciones o de la columna vertebral. no</p> <p>6) Alteraciones o enfermedades de los ojos. no</p> <p>7) Alteraciones o enfermedades del sistema nervioso, mentales o consumo de drogas. no</p> <p>8) Tumores, bultos o enfermedades de las mamas u otras alteraciones hormonales como diabetes, etc. ¿Se ha sometido a algún tipo de analítica o prueba de esterilidad/fertilidad? no</p>	<p>9) ¿Ha sido Vd. hospitalizado en los últimos cinco años? no</p> <p>10) ¿Ha sido sometido durante el último año a reconocimientos especiales de diagnóstico como ecografías, pruebas de esfuerzo, TAC, resonancia magnética, mamografía, endoscopia u otras pruebas? no</p> <p>11) ¿Ha sido diagnosticado de cáncer o principio o indicio de cáncer? no</p> <p>12) ¿Tiene Vd. o ha tenido alguna otra enfermedad o afección que no le hayamos preguntado? no</p> <p>13) ¿Fuma? no</p>
--	---	---

* Conteste las siguientes preguntas:



CAPÍTULO II

Objeto y alcance del Seguro

Artº. 1º. GARANTÍA QUE PRESTA LA COMPAÑÍA

1. La Compañía garantiza la prestación de la asistencia sanitaria adecuada para el cuidado de la salud del Asegurado, de acuerdo con las definiciones, especificaciones técnicas, condiciones y modalidades que se establecen en los distintos Capítulos y Artículos de esta Póliza de Seguros.
 - Comas. Reacciones alérgicas con afectación del estado general.
 - Insuficiencia aguda respiratoria, renal o cardíaca.
 - Abdomen agudo, formulado como diagnóstico, previo o de presunción. Dolor abdominal agudo.
 - Lesiones con desgarros externos o con afectación de vísceras.
2. Inicio de las coberturas: La cobertura comienza a las 0 horas del día de inicio del período de cobertura. Deberá observarse en todos los casos el período de carencia asignado a cada prestación.

En el caso de los recién nacidos, necesariamente hijos de madre asegurada con garantía de servicios completos con parto por la Compañía, la cobertura es inmediata, debiendo asegurarse al recién nacido en un plazo no superior a siete días a partir de la fecha de nacimiento. La fecha de efecto de la póliza deberá ser la misma que la fecha del nacimiento. De no asegurarse al recién nacido en el período mencionado, las coberturas se suspenderán automática e inmediatamente, siendo a cargo del Tomador cualquier tipo de gasto ocasionado por el recién nacido a partir de la fecha de su nacimiento, no estando el Asegurado obligado al pago de ningún siniestro relacionado con el recién nacido.

 - Fracturas de cadera o de la cabeza del fémur.
 - Accidentes cerebro-vasculares.
 - Intoxicaciones agudas. Sepsis agudas.
 - Anuria. Retención aguda de orina.
 - Difteria. Botulismo. Meningitis.
 - Meningoencefalitis. Forma aguda de colitis ulcerosa. Gastroenteritis aguda con afectación del estado general.
 - Obstrucción de las vías respiratorias altas.
 - Embolia pulmonar. Derrame pleural.
 - Neumotórax espontáneo. Edema agudo de pulmón. Dísnea. Crisis de asma bronquial.
 - Infarto de miocardio. Crisis hipertensiva de urgencia. Embolia arterial periférica. Asistolia.
 - Taquicardia paroxística.
 - Coma diabético. Hipoglucemia.
 - Convulsiones. Convulsiones de la infancia.
 - Toxicosis del lactante.
 - Insuficiencia suprarrenal aguda. Fallo agudo de la circulación periférica. Alteraciones del metabolismo electrolítico.
3. Fin de las coberturas: La cobertura finaliza a las 24 horas del día en que finalice la vigencia de la póliza.
 - c) Cuando la causa de la urgencia vital sea consecuencia de una dolencia preexistente a la contratación de esta póliza (aunque no se hubiera hecho constar en la declaración de salud) o de patologías excluidas, la mencionada urgencia vital no está cubierta.
 - d) El Asegurado estará obligado a entregar a la Compañía toda la documentación requerida para demostrar que los procesos patológicos producidos o iniciados durante el período de carencia, no son preexistentes. Si no se demostrara así, continuarían sin tener derechos después de terminado dicho período.
4. Período de carencia: Es el tiempo contado desde el inicio de la cobertura, expresado en meses, en que no se tiene derecho a la prestación correspondiente. Se especifica en el apartado de cada especialidad.
 - a) Se exceptúan de esta exigencia las urgencias vitales.
 - b) Se entiende por urgencia vital:
 - Hemorragias agudas intracraniales o intracerebrales, genitales, digestivas, respiratorias, renales o por rotura de vasos sanguíneos en general, con pérdida importante de sangre al exterior o con hemorragia interna.
 - Abortos completos o incompletos. Rotura uterina o la complicación de embarazo extrauterino. Toxicosis gravídica.
 - Shocks cardíaco, renal, hepático, circulatorio, traumático, tóxico, metabólico, o bacteriano.
5. Ámbito territorial:
 - a) España.
 - b) Extranjero: Remitirse a lo dispuesto en "Asistencia en viaje en el extranjero".

Artº. 2º. PRESTACIONES SANITARIAS

Se realizan únicamente por los distintos profesionales y centros sanitarios concertados por Allianz - que figuran en el cuadro médico vigente de la Compañía, que se entrega al Asegurado - según las especificaciones correspondientes, sin desembolso alguno por parte del Asegurado, salvo cuando se indique específicamente lo contrario.

2º. 1. Urgencias en Centro Sanitario

(Sin carencia)

La prestación de la asistencia que deba realizarse, por sus características, en el área de urgencias de un centro sanitario, a causa de un proceso patológico que requiera atención facultativa urgente e inmediata.

Esta prestación comprende:

- Los procedimientos médico-quirúrgicos.
- La medicación administrada durante la urgencia.
- Las pruebas complementarias necesarias para llegar a un diagnóstico y que se deben realizar inmediatamente en el área de urgencias.

2º. 2. Urgencias médicas y de enfermería a domicilio

(Sin carencia)

La prestación - en el domicilio del Asegurado que figura en esta Póliza - de la asistencia sanitaria que requiera atención urgente e inmediata y que, por sus características, impida el desplazamiento a un centro sanitario de urgencias o a la consulta externa de un profesional sanitario.

Ante la imposibilidad de garantizar la asistencia de urgencias a domicilio en todas las poblaciones de la geografía española, el Asegurado (excepto si reside en los términos municipales de Madrid y Barcelona, donde recibirá la asistencia domiciliaria únicamente a través del cuadro médico concertado) tiene pleno derecho a elegir libremente cualquier facultativo para recibir la prestación de Urgencias a domicilio. En dicho caso Allianz le reembolsará hasta un máximo

de 36 euros por visita. Para acreditar debidamente la suma a reembolsar, el Asegurado deberá aportar el original del recibo y la factura correspondiente, en los que deberán figurar los datos identificativos del facultativo que ha realizado la visita. Estos documentos deberán remitirse por correo a las Oficinas Centrales (Allianz, Departamento de Salud, c/ Tarragona 104, 08014- Barcelona). El reembolso se efectuará por transferencia bancaria a la cuenta corriente que figura en los datos del Tomador de la Póliza, en un período máximo de 30 días a partir de la fecha de recepción de los documentos anteriormente mencionados y de los informes médicos que pudieran ser solicitados. La caducidad de las facturas se establece en 30 días a partir de la fecha de emisión.

2º. 3. Visitas médicas y actos sanitarios de diplomados en enfermería, fisioterapeutas, podólogos y matronas.

La prestación de asistencia ambulatoria en visita clínica.

Esta prestación comprende:

1. Visitas clínicas de medicina general. (Sin carencia)

2. Visitas clínicas de las especialidades siguientes:

- Alergología (Sin carencia)
- Angiología y Cirugía Vascular (Sin carencia)
- Anestesiología (Carencia 6)
- Cardiología (Sin carencia)
- Cirugía General y Digestiva (Sin carencia)
- Cirugía Maxilofacial y Oral (Sin carencia)
- Cirugía Pediátrica (Sin carencia)
- Cirugía Plástica y Reparadora (Sin carencia)
- Cirugía Torácica (Sin carencia)
- Dermatología (Sin carencia)

- Endocrinología (Sin carencia)
- Gastroenterología (Aparato Digestivo) (Sin carencia)
- Ginecología (Sin carencia)
- Hematología (Sin carencia)
- Medicina Interna (Sin carencia)
- Nefrología (Sin carencia)
- Neumología (Sin carencia)
- Neurocirugía (Sin carencia)
- Neurología (Sin carencia)
- Obstetricia (Carencia 3)
- Tocología (Carencia 3)
- Partos (Carencia 12)
- Reproducción humana asistida (Carencia 24)
- Adopción (Carencia 24)
- Odontología (Ver descripción en

- detalle) (Sin carencia)
- Oftalmología (Sin carencia)
- Oncología médica (Sin carencia)
- Oncología radioterápica (Sin carencia)
- Otorrinolaringología (Sin carencia)
- Pediatría (Sin carencia)
- Psiquiatría (Sin carencia)
- Rehabilitación (Carencia 6)
- Reumatología (Sin carencia)
- Traumatología y Cirugía Ortopédica (Sin carencia)
- Urología (Sin carencia)

3. Curas y tratamientos por Diplomados de Enfermería. (Sin carencia)

4. Sesiones de rehabilitación por Fisioterapeutas Diplomados. (Carencia 6)

5. Tratamientos de podología por Podólogos Diplomados. Máximo 6 sesiones anuales (Sin carencia)

6. Asistencia y controles del parto por Matronas Diplomadas. (Carencia 3)

7. Especificaciones sobre prestaciones asociadas a las visitas clínicas de determinadas especialidades:

a) **Angiología y Cirugía Vascolar:** En todos los casos se excluyen las intervenciones y tratamientos de estética y se cita como ejemplo de ello, de modo no exhaustivo, la esclerosis de varices superficiales.

b) **Cirugía Plástica y Reparadora:** En todos los casos se excluyen las intervenciones y tratamientos de cirugía estética y se citan como ejemplo de ello, de modo no exhaustivo, las siguientes intervenciones:

- Lifting facial
- Rinoplastia
- Corrección de la punta de la nariz
- Blefaroplastia
- Otoplastia
- Corrección de lóbulo rasgado de oreja
- Reducción de megalóbulo de oreja
- Malarplastia
- Mentoplastia
- Queiloplastia
- Corrección de cicatrices
- Extracción de verrugas
- Aumento de mamas
- Reducción de mamas
- Mastopexia
- Ginecomastia
- Dermolipectomía abdominal
- Dermolipectomía en muslos
- Eliminación de tatuajes
- Cualquier tipo de liposucción
- Masajes para drenaje linfático
- Cualquier tipo de depilación.

c) **Dermatología:** En todos los casos se excluyen las intervenciones y tratamientos de estética y se cita como ejemplo de ello, de modo no exhaustivo

las siguientes intervenciones:

- Extracción de verrugas sin cambios morfológicos.
- Extracción de nevos celulares que no presenten criterios de malignidad
- Extracción de quistes dermoides
- Extracción de quistes de grasa
- Extracción o eliminación de angiomas superficiales
- Extracción o eliminación de arañas vasculares
- Extracción o eliminación de puntos rubí.
- Tratamiento del léntigo.
- Cualquier tipo de peeling
- Eliminación de manchas solares simples o queratosis actínica .
- Extracción de xantelasmas.
- Tratamiento con láser de las arrugas.
- Tratamiento de los acrocordones sin cambios morfológicos.
- Tratamiento de queratosis seborreicas sin cambios morfológicos.

d) **Ginecología:** En esta especialidad no se incluye la obstetricia (partos).

Además de las visitas médicas se incluye:

1. **Revisión ginecológica anual:**

- Exploración ginecológica y mamaria.
- Citología vaginal.
- Colposcopia.
- Mamografía: Si está indicada por la exploración mamaria, por un patrón radiológico anterior o si la edad es superior a 45 años.

2. **Planificación familiar:**

- Ligadura de trompas. (Carencia 6)
- Inserción de DIU (No está cubierto el coste del aparato).

e) **Obstetricia (partos) , Reproducción humana asistida y Adopción**

1. **Obstetricia (partos):**

La prestación comprende el control del embarazo y la asistencia al parto y, en concreto:

- Visitas de obstetricia.
- Ecografías obstétricas. Tres por gestación, salvo indicación médica, debidamente documentada, en cuyo caso se podrán practicar las necesarias.
- Analítica: Hemograma, grupo Rh, glucemia, sideremia, toxoplasma IgG, toxoplasma, IgM, VDRL, HbSAg, sedimento orina, beta HCG, alfa-fetoproteína, test O'Sullivan, coombs, pruebas de coagulación, cultivo vaginal y rectal para estreptococo-grupo B.
- Amniocentesis en caso de triple screening positivo, edad superior a 35 años o antecedentes patológicos.
- Monitorización antenatal, en caso necesario.
- Asistencia al parto o cesárea de un tocólogo.
- Asistencia al parto o cesárea de una matrona.

- Métodos de sedación del dolor. (Anestesia epidural, etc.)
- Estancia en clínica de la asegurada.
- Manutención de la parturienta.
- Medicación durante la estancia en clínica.
- Gastos de sala de partos y quirófano.
- Atención integral del recién nacido en nursery.
- Control neonatal del recién nacido.
- Cama de acompañante.

Esta prestación está sujeta a un período de carencia de tres meses en lo referente a control del embarazo y de doce meses en cuanto al parto, a contar desde la fecha de contratación y efecto de esta prestación en concreto. Los partos prematuros y abortos espontáneos tienen la consideración de urgencias y, por tanto, no están sujetos a plazo de carencia excepto que el embarazo se haya iniciado en los tres meses siguientes a la fecha de contratación de la póliza, en cuyo caso no se tendría derecho a ningún tipo de prestación relacionada directa o indirectamente con el mismo.

2. Reproducción humana asistida (Carencia 24)

El tratamiento en parejas en los que exista un diagnóstico de esterilidad, primaria o secundaria, por factor femenino o masculino, que impida conseguir una gestación o cuando exista indicación clínica de acuerdo con la Ley vigente en España sobre técnicas de Reproducción Humana Asistida.

En caso de parejas, es necesario que ambos sean Asegurados. La fecha de efecto para contabilizar el periodo de carencia será siempre la correspondiente a la última incorporación.

Esta prestación se realiza bajo la modalidad de libre elección con reembolso de gastos, según la operativa descrita más adelante.

Prestaciones:

DIAGNÓSTICO DE LA ESTERILIDAD

El reembolso de los gastos ocasionados por los distintos actos sanitarios enumerados a continuación, debidamente acreditados, hasta un máximo total de 400 euros.

- Visitas clínicas.
- Ecografías.
- Test post-coital
- Tomas de biopsia y anatomía patológica de las mismas.
- Histerosalpingografía.
- Analíticas relacionadas.
- Seminograma

INSEMINACIÓN ARTIFICIAL

El reembolso de los gastos ocasionados por los distintos actos sanitarios enumerados a continuación, debidamente acreditados, hasta un máximo total de 1.000 euros por intento,

máximo cuatro intentos. Únicamente en mujeres de edad inferior a 42 años.

- Inducción a la ovulación.
- Visitas de control.
- Ecografías de control.
- Analíticas relacionadas.
- Preparación del semen.
- Semen de donante.
- Inseminación.
- Transferencia de embriones congelados.
- Donación de ovocitos.

FECUNDACIÓN IN VITRO

El reembolso de los gastos ocasionados por los distintos actos sanitarios enumerados a continuación, debidamente acreditados, hasta un máximo total de 4.000 euros por intento, máximo dos intentos. Únicamente en mujeres de edad inferior a 46 años.

- Inducción a la ovulación.
- Visitas de control.
- Ecografías de control.
- Analíticas relacionadas.
- Laboratorio de fecundación in vitro - inyección intracitoplasmática de espermatozoides. (FIV-ICSI)
- Biopsia testicular para obtención de espermatozoides.
- Congelación y mantenimiento de embriones.
- Transferencia de embriones congelados.
- Donación de ovocitos.

Para acreditar debidamente la suma a reembolsar, el Asegurado deberá aportar las facturas y recibos originales, debidamente cumplimentados, con garantías legales suficientes de autenticidad.

El reembolso se realizará en un período máximo de 30 días a partir de la fecha de recepción de los documentos anteriormente mencionados, siempre por contravalor en euros.

3. Adopción (Carencia 24)

Es el acto formal, sometido a la aprobación judicial, por el que una persona recibe como hijo al que no lo es naturalmente.

Pueden beneficiarse de la prestación de adopción, Nacional e Internacional, todos aquellos Asegurados que cumplan las particularidades y condiciones estipuladas en la Ley vigente en España en materia de adopciones.

El Asegurado deberá comunicar a la Compañía el inicio del proceso de adopción de manera fehaciente, presentando el Certificado de Idoneidad, cuya fecha de inicio de trámites deberá ser necesariamente posterior en 24 meses a la fecha de efecto de la póliza o a la fecha de incorporación a la misma del beneficiario que vaya a adoptar si éste lo

hubiera hecho posteriormente. A partir de este momento el Asegurado podrá solicitar la cantidad de 1.000 euros (deducibles del total a reembolsar) en concepto de adelanto para gastos de tramitación de la documentación.

Para dar por finalizado el siniestro por adopción y proceder al reembolso completo de los gastos, deberá presentarse la resolución judicial e inscripción de la misma en el Registro Civil y/o la documentación que acredite la Adopción Simple junto con la resolución favorable de la Comunidad Autónoma correspondiente para tramitar la Adopción Plena.

Esta prestación comprende:

El reembolso de los gastos ocasionados por las distintas actividades enumeradas a continuación, debidamente acreditados, hasta un máximo total de 12.000 euros por adopción.

- Expedición del Certificado de Idoneidad.
- Obtención, en general, de documentos relacionados con la adopción.
- Legalizaciones y autenticaciones de documentos relacionados con la adopción.
- Traducciones de documentos relacionados con la adopción.
- Trámites legales en el lugar o país donde se adopte.
- Donaciones a orfanatos.
- Emisión de pasaportes o visados.
- Documentación de adopción simple y plena.
- Recibos, comunicaciones, seguimientos y cierre de expedientes.
- Tramitación de la adopción plena nacional.
- Viaje al lugar donde se realiza la adopción.
- Alojamiento en hotel y manutención en el lugar donde se realiza la adopción.

Para acreditar debidamente la suma a reembolsar, el Asegurado deberá aportar las facturas y recibos originales, debidamente cumplimentados, con garantías legales suficientes de autenticidad.

El reembolso se realizará en un período máximo de 30 días a partir de la fecha de recepción de los documentos anteriormente mencionados, siempre por contravalor en euros.

f) Odontología: La prestación de la asistencia por un estomatólogo en visita clínica y actos quirúrgicos.

Esta prestación se realiza directamente por los facultativos contratados por Allianz, sin desembolso por parte del Asegurado, excepto para los servicios que, en su descripción, se hallan sujetos a una franquicia, cuyo importe será siempre a cargo del Asegurado, pudiendo ésta variar en función del mercado. El Asegurador informará puntualmente de estas variaciones.

Las composturas y piezas a añadir a las prótesis

dentales colocadas en boca antes de la fecha de efecto de la Póliza quedan excluidas de la misma.

Las prótesis dentales realizadas por facultativos concertados por Allianz, a partir de la fecha de efecto de la Póliza, están garantizadas por un año, salvo cualquier alteración producida por el uso incorrecto de las mismas.

La prestación comprende:

1. Visitas

- Examen del paciente para diagnóstico, plan de tratamiento y presupuesto, con o sin radiografías.
- Examen del paciente para diagnóstico, con o sin moldes.
- Visitas de urgencia.
- Visitas de revisión.

2. Exodoncias (Extracción de piezas dentales)

- Extracción sencilla (excluidos cordales o piezas incluidas).
- Extracción de restos radiculares. (que no precisen cirugía maxilo-facial).
- Retirar puntos.
- Extracción de cordal y/o cualquier pieza incluida (que precisen cirugía maxilofacial), **sujeto a franquicia de 94 euros.**
- Extracción por odontosección, **sujeto a franquicia de 26 euros.**

3. Obturaciones

- Obturaciones simples con amalgama, **sujeto a franquicia de 20 euros.**
- Obturaciones simples con composite, **sujeto a franquicia de 25 euros.**
- Obturaciones compuestas o complejas, **sujeto a franquicia de 28 euros.**
- Obturaciones provisionales.
- Reconstrucción de ángulo, **sujeto a franquicia de 28 euros.**
- Reconstrucción coronaria total, **sujeto a franquicia de 40 euros.**
- Poste prefabricado o retención radicular.
- Pins o espigas en dentina.
- Pulido de amalgama.
- Ferulizaciones de composite, **sujeto a franquicia de 47 euros.**

4. Endodoncias

- Pulpectomías unirradiculares (endodoncia), **sujeto a franquicia de 57 euros.**
- Pulpectomías multirradiculares (endodoncia), **sujeto a franquicia de 73 euros.**
- Reendodoncia unirradicular **sujeto a franquicia de 85 euros.**
- Reendodoncia multirradicular **sujeto a franquicia de 135 euros.**
- Endodoncia en dientes temporales, **sujeto a franquicia de 34 euros.**
- Cirugía periapical (apicectomía incluida), **sujeto a franquicia de 99 euros.**

- Amputación radicular (hemisección), **sujeto a franquicia de 30 euros.**
- **Protección pulpar (recubrimiento pulpar), sujeto a franquicia de 20 euros.**

5. Periodoncia

- Exploraciones radiográficas.
- Periodontograma, **sujeto a franquicia de 40 euros.**
- Mantenimiento periodontal, **sujeto a franquicia de 30 euros.**
- Análisis oclusal.
- Tallado selectivo.
- Curetaje por cuadrante, **sujeto a franquicia de 20 euros.**
- Raspaje y alisado radicular (por cuadrante) por periodoncista, **sujeto a franquicia de 40 euros.**
- Cirugía periodontal (curetaje quirúrgico por pieza), **sujeto a franquicia de 16 euros.**
- Gingivectomía (por cuadrante), **sujeto a franquicia de 18 euros.**
- Widman modificado/ Plásta muco-gingival, **sujeto a franquicia de 208 euros.**
- Injerto óseo, **sujeto a franquicia de 241 euros.**
- Membrana, **sujeto a franquicia de 241 euros.**

6. Odontología preventiva

- Fluorizaciones.
- Selladores oclusales.
- Limpieza de boca o tartrectomía (profilaxis sobre periodonto sano).
- Educación bucal.
- Mantenedor de espacio fijo (por pieza), **sujeto a franquicia de 45 euros.**
- Mantenedor de espacio removible (por pieza), **sujeto a franquicia de 42 euros.**
- Fécula de descarga blanda (removibles), **sujeto a franquicia de 56 euros.**
- Placa Michigan dura, **sujeto a franquicia de 131 euros.**
- Protector bucal (para deporte, **sujeto a franquicia de 131 euros.**
- Radiografías intrabucales.
- Ortopantomografías.
- Telerradiografías.

7. Prótesis dentales

- Parcial removible colada (unidad) con una pieza, **sujeto a franquicia de 137 euros.**
- Por cada pieza de más, **sujeto a franquicia de 29 euros.**
- Sujetador de precisión (attache), **sujeto a franquicia de 58 euros.**
- Parcial removible resina (unidad) con una pieza, **sujeto a franquicia de 96 euros.**
- Por cada pieza de más, **sujeto a franquicia de 22 euros.**

Incluidas las siguientes fases:

- Preparación de superficies e impresiones.
- Toma de relación céntrica y dimensión

vertical.

- Prueba de montaje.
- Inserción y ajuste.
- Control de oclusión.
- Prueba de estructura metálica (en coladas).

Incluidos los siguientes materiales:

- Vaciado de modelos.
- Planchas para registro de céntricas.
- Placa de resina.
- Dentadura completa de resina (superior e inferior), **sujeto a franquicia de 413 euros.**
- Dentadura completa de resina (superior o inferior), **sujeto a franquicia de 241 euros.**

Incluidas las siguientes fases:

- Impresiones de estudios y definitivas.
- Registro de céntricas y dimensión vertical.
- Prueba de dientes.
- Prueba total.
- Control final.
- Inserción y controles.

Incluidos los siguientes materiales:

- Modelos.
- Cubetas.
- Planchas base.
- Materiales de clínicas y laboratorios.
- Juego de dientes de resina.
- Corona colada de metal, **sujeto a franquicia de 88 euros.**
- Corona de resina provisional, **sujeto a franquicia de 16 euros.**
- Corona parcial o incrustación, **sujeto a franquicia de 99 euros.**
- Corona de metal porcelana o resina, **sujeto a franquicia de 172 euros.**
- Muñón colado multirradicular, **sujeto a franquicia de 48 euros.**
- Muñón colado unirradicular, **sujeto a franquicia de 32 euros.**
- Puente fijo metal-porcelana (unidad en pónico o pilar), **sujeto a franquicia de 172 euros.**
- Puente provisional de resina (unidad en pónico o pilar), **sujeto a franquicia de 16 euros.**
- Recargo metal semiprecioso o precioso (por pieza), **sujeto a franquicia según cotización.**
- Puente Maryland (pieza y dos apoyos), **sujeto a franquicia de 263 euros.**
- Barra Ackerman (corona aparte), **sujeto a franquicia de 56 euros.**

Incluidas las siguientes fases:

- Tallado de muñones con estudio previo.
- Toma de impresiones y cera.
- Montaje en articulador.
- Prueba de metal y colocación terminado.
- Ajuste y control de oclusión.

Incluidos los siguientes materiales:

- Vaciados.
- Material de clínica y laboratorio.

- Metal y porcelana que se precise.
- Composturas de prótesis removibles (por pieza dentaria a colocar o gancho no colado).
- Rebase de prótesis removable.
- Rebase con resina o similares acondicionadores de forma provisional, en las prótesis removibles.
- Ajustes oclusales sin montaje en articulador para prótesis.
- Ajustes oclusales con montaje en articulador con toma de impresiones, estudio oclusal.
- Añadir piezas nuevas en aparatos hechos (unidad), **suje to a franquicia de 27 euros.**

8. Ortodoncia

- Primera visita para reconocer al paciente (diagnóstico, presupuesto, plan de tratamiento).
- Tratamiento de casos de aparatología fija independiente de la duración (por aparato), **suje to a franquicia de 251 euros.**
- Tratamiento de casos de aparatología removable independiente de la duración (por aparato), **suje to a franquicia de 188 euros.**
- Visita de revisión y tratamiento, **suje to a franquicia de 21 euros.**
- Estudio cefalométrico, **suje to a franquicia de 40 euros.**
- Recargo por brackets de porcelana (por arcada), **suje to a franquicia de 395 euros.**
- Recargo por brackets de fibra de vidrio (por arcada), **suje to a franquicia de 156 euros.**
- Estudio fotográfico, **suje to a franquicia de 20 euros.**

9. Implantología

- Estudio implantológico.
- Falso muñón de titanio.
- Tornillo de cicatrización.
- Férula quirúrgica.
- Férula radiológica.
- Implante (unidad), **suje to a franquicia de 620 euros.**
- Implante de carga inmediata (unidad), **suje to a franquicia de 828 euros.**
- Mantenimiento y reajuste anual de prótesis sobre implante, **suje to a franquicia de 19 euros.**
- Corona cerámica sobre implante, **suje to a franquicia de 237 euros.**
- Corona provisional sobre implante, **suje to a franquicia de 26 euros.**
- Corona provisional sobre implante inmediato, **suje to a franquicia de 31 euros.**
- Aditamento protésico por implante (incluye pilar cementado, calcinable, tornillo retención y transepitelial), **suje to a franquicia de 99 euros.**
- Aditamento protésico sobre implante inmediato, **suje to a franquicia de 156 euros.**
- Puente cerámica unidad en pónico o sobre implante, **suje to a franquicia de 211 euros.**
- Sobredentadura sobre implantes, **suje to a**

franquicia de 591 euros.

- Mesoestructura en barra, **suje to a franquicia de 525 euros.**
- Dentadura Híbrida, **suje to a franquicia de 3.120 euros.**
- Injerto óseo, **suje to a franquicia de 241 euros.**
- Membrana, **suje to a franquicia de 241 euros.**

10. Cirugía oral

- Cirugía periapical (apicectomía incluida), **suje to a franquicia de 99 euros.**
- Extracción de cordal o cualquier pieza incluida, **suje to a franquicia de 94 euros.**
- Frenectomía, **suje to a franquicia de 69 euros.**
- Quistectomía, **suje to a franquicia de 99 euros.**
- Reimplantación de piezas, **suje to a franquicia de 66 euros.**

11. Estética dental

- Blanqueamientos (por arcada dental, sesiones incluidas), **suje to a franquicia de 125 euros.**
- Blanqueamiento dental por pieza (cada sesión), **suje to a franquicia de 47 euros.**
- Carilla cerámica, **suje to a franquicia de 198 euros.**
- Carilla de composite, **suje to a franquicia de 59 euros.**
- Incrustación de porcelana, **suje to a franquicia de 131 euros.**

g) Psiquiatría: La prestación comprende las **visitas de diagnóstico psiquiátrico, pero no los tratamientos posteriores** y se cita como ejemplo de ellos, de modo no exhaustivo, los siguientes:

- Psicoterapia, de todo tipo, individual y de grupo.
- Logopedia.
- Hipnosis.
- Psicoanálisis.
- Técnicas de terapia conductista.
- Técnicas de terapia ocupacional.
- Técnicas de terapia musical.
- Técnicas de psicoterapia con la ayuda de animales.
- Test psicotécnicos de cualquier tipo.

h) Rehabilitación: Esta prestación comprende la **visita diagnóstica y la prescripción del tipo de tratamiento necesario en régimen ambulatorio. En ningún caso se practicará rehabilitación a domicilio.**

Ante cualquier prescripción de rehabilitación, Allianz se reserva el derecho de exigir la realización de una visita de consulta por un médico rehabilitador propuesto por la Compañía. La negativa del Asegurado a realizar la mencionada visita o la no presentación a la misma, sería motivo de pérdida de los derechos

de tratamientos de rehabilitación.

- i) **Reumatología:**
Ante cualquier prescripción de rehabilitación realizada por un médico reumatólogo, Allianz se reserva el derecho de exigir la realización de una visita de consulta por un médico rehabilitador propuesto por la Compañía. La negativa del Asegurado a realizar la mencionada visita o la no presentación a la misma, sería motivo de pérdida de los derechos de tratamientos de rehabilitación.
- j) **Traumatología y Cirugía Ortopédica:**
Ante cualquier prescripción de rehabilitación

realizada por un médico traumatólogo, Allianz se reserva el derecho de exigir la realización de una visita de consulta por un médico rehabilitador propuesto por la Compañía. La negativa del Asegurado a realizar la mencionada visita o la no presentación a la misma, sería motivo de pérdida de los derechos de tratamientos de rehabilitación.

- k) **Urología:** Además de las visitas médicas se incluye:
1. Planificación familiar: Vasectomía (Carencia 6)

2º. 4. Pruebas complementarias

La prestación de pruebas complementarias de diagnóstico mediante técnicas basadas en análisis clínicos y biológicos, diagnóstico por la imagen y otras. En las pruebas ambulatorias los contrastes, por tratarse de medicación, serán a cargo del Asegurado.

Esta prestación comprende:

1. Análisis clínicos y biológicos.

a) Análisis simples : (Sin carencia)

- | | |
|-----------------|------------------------|
| - Hemograma | - Urea |
| - VSG | - Creatinina |
| - Glicemia | - SGOT |
| - Colesterol | - SGPT |
| - Triglicéridos | - Fosfatasas alcalinas |
| - Acido úrico | - Sedimento de orina |

b) Análisis complejos (Carencia 6)

- Los no enumerados en la anterior relación de análisis simples, con las excepciones descritas en el Artículo 3º.

2. Diagnóstico por la Imagen

- Radiografías simples. (Sin carencia)
- Radiografías con contraste. (Complejas) (Carencia 6)
- Tomografía axial computerizada (TAC). (Carencia 6)
- Resonancia nuclear magnética (RNM). (Carencia 6)

- Ecografías (Excepto la ecografía obstétrica) (Sin carencia)
- Ecografía obstétrica (Carencia 3)
- Eco- Doppler (Carencia 6)
- Radiología intervencionista (Carencia 6)
- Pruebas y tratamientos de hemodinamia (Carencia 6)
- Mamografías (Carencia 6)

3. Otras técnicas

- Gammagrafías. (Carencia 6)
- Otras pruebas de isótopos radiactivos. (Carencia 6)
- Densitometría. (Carencia 6)
- Electromiografías. (Carencia 6)
- Electroencefalogramas. (Carencia 6)
- Polisomnografías. (Excluido CPAP) (Carencia 6)
- Endoscopias. (Carencia 6)
- Ergometría. (Carencia 6)
- Holter. (Carencia 6)
- Audiometría (Carencia 6)
- Potenciales evocados (Carencia 6)
- Pruebas funcionales respiratorias (Carencia 6)
- Pruebas de alergia (Carencia 6)
- Anatomía Patológica (Biopsias, citologías) (Carencia 6)
- P.E.T. (Carencia 6)

2º. 5. Intervenciones quirúrgicas, tratamientos y prótesis

(Carencia 6)

Esta prestación comprende:

1. La realización por el cirujano y sus ayudantes de las intervenciones quirúrgicas, visitas de control y tratamientos.
2. Tratamientos:
 - a) Radioterapia convencional o cobaltoterapia.

- (Carencia 6)
- b) Acelerador lineal. Material y medicación excluida. (Carencia 12)
- c) Radioestereotaxia. Material y medicación excluida. (Carencia 12)
- d) Litotricia (Carencia 18)

3. Prótesis y material quirúrgico especial:

a) **Definición de prótesis:** Elemento, pieza o aparato artificial que se implanta en el organismo para reemplazar o substituir la función de un órgano alterado.

Listado de material quirúrgico especial:
 Vaporizadores y material complementario.
 Minifijadores. Anclajes. Tornillos: esponjosos, biodegradables, interferenciales de titanio, Mini Herbert, deslizantes y compresores.
 Osteoplacas. Regeneradores y material de

sustitución ósea. Ligamentos de cadáver. Sets y brocas de cirugía percutánea y rizolisis lumbar. Expansor biodimensional anatómico. Stent de todo tipo.

b) **Implantación:** Cubierta por esta póliza.

c) **Coste de la prótesis:** Cubierto por esta póliza hasta la suma de 1.800 euros anuales en total.
Coste del material quirúrgico especial: Cubierto por esta póliza hasta la suma de 600 euros anuales en total.

2º. 6. Hospitalización

(Carencia 6)

La prestación de servicios de hospitalización, en régimen de clínica, para casos médicos y quirúrgicos, sin límite de duración para la estancia, aplicando estrictamente lo especificado en el Artículo 3º, Apartado 23. de esta Póliza.

Esta prestación comprende:

1. Estancia en habitación individual.
2. Estancia en Unidad de Vigilancia Intensiva si es preciso.
3. Medicación y manutención del paciente.

4. Procedimientos quirúrgicos, tratamientos y visitas de control por parte de los facultativos.

5. Gastos de quirófano.

6. Servicios de anestesia y reanimación.

7. Cuidados de enfermería, curas y material sanitario.

8. Pruebas complementarias.

9. Cama de acompañante, durante un máximo de tres días. Para obtener prórrogas deberá solicitarse autorización a la Compañía.

2º. 7. Ambulancia

(Sin carencia)

La prestación del servicio de traslado sanitario del Asegurado en ambulancia, siempre y cuando el grado de complejidad técnica de los cuidados médicos y de enfermería necesarios para el mencionado traslado no permita que pueda realizarse en otro tipo de vehículo que no esté suficientemente medicalizado como para realizar reanimación de paro cardiorrespiratorio con eficacia.

Los traslados en ambulancia deberán efectuarse bajo prescripción facultativa, que informe adecuadamente el motivo, o en caso de urgencia vital.

La distancia máxima por traslado se establece en 150 km.

Se excluyen los traslados en ambulancia para los casos que no cumplan las condiciones señaladas anteriormente y se citan como ejemplo de ello, de modo no exhaustivo, los traslados para:

1. **Tratamientos de rehabilitación**

2. **Visitas médicas**

3. **Curas**

4. **Realización de pruebas complementarias.**

2º. 8. Rehabilitación

(Carencia 6)

La prestación comprende la práctica de tratamientos de rehabilitación, por prescripción facultativa y con un límite máximo de sesenta sesiones anuales, en los siguientes casos:

1. **Procesos traumatológicos agudos, en tratamiento exclusivamente ambulatorio.**
2. **Procesos traumatológicos post-quirúrgicos, en tratamiento clínico o ambulatorio.**
3. **Procesos reumatológicos, en tratamiento exclusivamente ambulatorio.**

4. **Procesos obstructivos coronarios, en tratamiento clínico o ambulatorio.**

La prestación comprende las técnicas siguientes:

5. **Cinesiterapia.**

6. **Mecanoterapia.**

7. **Tracciones vertebrales.**

8. **Electroterapia.**

2º. 9. Sangre y hemoderivados**(Carencia 6)**

En todo caso, dentro de los términos establecidos en esta póliza, y siempre que técnicamente sea posible, se considera incluida la prestación quirúrgica o cualquier otro tratamiento médico que pudiera

practicarse, a elección del Asegurado, sin la administración de transfusión de sangre completa, concentrados de hematíes, leucocitos, plaquetas o plasma.

2º. 10. Asistencia en viaje en el extranjero**(Sin carencia)**

La prestación del servicio de asistencia en viaje al asegurado, en cualquier lugar del mundo, fuera de España, en caso de accidente, enfermedad aguda o crónica agudizada que exija tratamiento médico inmediato.

La prestación comprende:

1. El pago de los gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y de hospitalización.
2. La repatriación o transporte sanitario del asegurado herido en accidente o enfermo grave, bien hasta el hospital adecuado, bien hasta su domicilio, empleando el medio más idóneo, incluso aeronaves, todo ello a criterio del médico de la Compañía.
3. Conducción de los restos mortales del Asegurado fallecido hasta el lugar de inhumación en España.
4. La repatriación o transporte de los familiares directos que acompañen al Asegurado en el momento del fallecimiento, del accidente o de la declaración de la enfermedad, en la medida en que los medios inicialmente previstos para el regreso no puedan ser utilizados.
5. El desplazamiento y estancia de un familiar del Asegurado, en régimen de alojamiento y desayuno y durante un máximo de diez días, para acompañarle cuando haya sido hospitalizado por una duración prevista superior a diez días.
6. La permanencia del Asegurado en un hotel, por prescripción facultativa, hasta que su estado permita el traslado, la continuación del viaje o el regreso a su domicilio y, como máximo, durante diez días.
7. Regreso del Asegurado si su cónyuge o alguno de sus hijos, padres o hermanos falleciesen y él no pudiera retornar a su domicilio por sus propios medios.
8. La transmisión de mensajes urgentes.
9. La búsqueda y repatriación de documentos y objetos extraviados con ocasión del accidente o la enfermedad.
10. El envío de medicamentos al Asegurado, cuando no se puedan obtener en el lugar en que se encuentre y los necesite con carácter de urgencia.
11. Suma asegurada:
 - Para el caso de gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y de hospitalización, el 100% del coste de los servicios, con el límite de 6.010,12 euros.
 - Para el caso de conducción de los restos mortales del Asegurado y en lo que respecta específicamente a los gastos de acondicionamiento del cadáver, el 100% del coste de los servicios, con el límite de 601,01 euros.
 - Para el caso de alojamiento en hotel, el 100% del coste de los servicios, con el límite de 90,15 euros diarios.
 - Para el resto de casos de asistencia en viaje, el 100% del coste de los servicios, sin límite.
12. Ámbito territorial de la prestación: En cualquier lugar del mundo, excepto en España, a través del teléfono 34 914522915, disponible, a cobro revertido, las 24 horas del día, todos los días del año.

Artº. 3º. PRESTACIONES QUE EN NINGÚN CASO SON CUBIERTAS POR LA COMPAÑÍA

Los que se produzcan con ocasión o a consecuencia de:

1. Situaciones de carácter catastrófico tales como guerra, civil o internacional, Catástrofe o Calamidad nacionales.
2. Hechos derivados de actos de terrorismo, motín o tumulto popular, actuaciones de las Fuerzas Armadas y Cuerpos de Seguridad.
3. Fenómenos de la naturaleza tales como inundación, terremoto, erupción volcánica, tempestad ciclónica atípica, caída de cuerpos siderales y aerolitos.
4. Reacción o radiación nucleares; contaminación radiactiva.
5. Epidemias oficialmente declaradas.
6. Procesos patológicos pre-existentes, y/o consecuencia, complicación, evolución, efecto colateral, efecto secundario o derivación de procesos patológicos sufridos antes de la suscripción del contrato, fueran conocidos previamente o no por el Asegurado.
7. Daños y lesiones consecuencia de la participación del Asegurado en hechos delictivos, intento de suicidio, autolesiones, tabaquismo, alcoholismo y drogadicción, tanto de drogas consideradas duras como blandas.
8. Daños o lesiones que sean consecuencia de la práctica como federado de cualquier deporte y, en todo caso, de boxeo, artes marciales, escalada, espeleología, montañismo, aeronáutica, paracaidismo, esquí, snowboard, motonáutica, automovilismo, motorismo, ciclismo y deportes de aventura como rafting, puenting y similares.
9. Los análisis y técnicas de laboratorio que estudian el genoma humano, así como cualquier otro elemento de carácter predictivo relacionado con el mismo.
10. Las técnicas diagnósticas o quirúrgicas de nueva aparición que no consten en el Artículo 2º de esta póliza.
11. Cualquier técnica, acto terapéutico o medio diagnóstico que no esté implantado en la Red Sanitaria Nacional, según lo dispuesto en el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud.
12. Cualquier análisis, u otras exploraciones diagnósticas necesarias para la expedición de certificados, emisión de informes, etc., así como la entrega de cualquier documento médico que no tenga una clara función asistencial.
13. Cualquier fármaco que se halle en proceso de experimentación y/o no esté registrado en la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios del Ministerio de Sanidad.
14. Las medicinas, de cualquier tipo, excepto cuando son administradas durante el ingreso en un centro sanitario. Se excluyen también los contrastes empleados para pruebas complementarias, las vacunas, los medicamentos homeopáticos o naturistas, la cápsula endoscópica, cualquier tipo de braquiterapia, el oxígeno, y el CPAP, los factores de crecimiento plasmáticos, células madre y autosuturas en cirugía.
15. Los medicamentos antineoplásicos o de similares características utilizados para tratamientos oncológicos en hospital de día sin que el estado general del paciente requiera que permanezca ingresado un mínimo de 24 horas.
16. Las visitas, pruebas complementarias, tratamientos, estudios e intervenciones relacionados con:
 - Cambio de sexo.
 - Abortos voluntarios.
 - Motivos estéticos o cosméticos.
 - Alopecia de origen androgénico.
 - Modificación de la refracción de los ojos, incluida la cirugía de la miopía, hipermetropía y astigmatismo.
 - Transplantes de órganos.
 - Diálisis y hemodiálisis en afecciones crónicas.
 - Todas las enfermedades, y sus complicaciones, causadas por el virus de inmunodeficiencia adquirida - S.I.D.A. - o cualquier otro virus de la misma base inmunológica, incluso los tratamientos destinados a evitar la instauración de la enfermedad en las personas seropositivas.
17. La rehabilitación, cuando se haya conseguido la recuperación funcional totalmente o el máximo posible de ésta por haber entrado el proceso en un estado de estabilización insuperable, o cuando se convierta en terapia de mantenimiento y ocupacional.
18. Balnearios, curas termales o similares.
19. Cualquier tipo de intervención quirúrgica destinada a tratar la obesidad.
20. No está cubierto el coste del aparato en los audífonos, lentes de contacto, gafas correctoras y cualquier tipo de material ortopédico.
21. Los dispositivos intra o extrauterinos de evitación del embarazo.
22. Las prótesis, a partir de 1.800 euros en total.
23. Los ingresos en un centro hospitalario cuando:
 - El grado de complejidad técnica de los cuidados médicos y de enfermería necesarios no requieran ineludiblemente la permanencia continuada del paciente en el hospital durante más de 24 horas seguidas.
 - Tengan como causa fundamental cualquier tipo de demencia senil, incluida la enfermedad de Alzheimer.
 - Respondan a motivos sociales.
 - Se trate de enfermos crónico - terminales. Se entiende como crónico - terminal a la persona que cumple los criterios siguientes, en su

totalidad o en mayoría suficiente:

- a) Presencia de enfermedad avanzada, progresiva, incurable.
- b) Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
- c) Presencia de numerosos trastornos o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
- d) Coma profundo irreversible y/o disminución del nivel de conciencia y alteraciones cognitivas con deterioro de la actividad física y de relación e interés por el entorno.
- e) Neoplasia que progresa en el curso de tratamiento con quimioterapia y/o radioterapia, habiendo utilizado todas las

posibilidades en primeras líneas terapéuticas y líneas terapéuticas de rescate.

- f) Función ventricular insuficiente, refractaria al tratamiento y sin posibilidad de ser tributario de un trasplante cardíaco.
- g) Insuficiencia renal, en fase de encefalopatía urémica, refractaria a la diálisis y sin posibilidad de ser tributario de un trasplante renal.

24 Medicina preventiva y diagnóstica prenatal cuando no concurren circunstancias de antecedentes familiares directos o de embarazos de riesgo elevado.

CAPÍTULO III

Siniestros

Artº. 4º. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

4º. 1. Actos sanitarios programados

Para solicitar día y hora de consulta, se deberá llamar al teléfono del profesional sanitario correspondiente, identificándose como Asegurado de Allianz. Al presentarse en la consulta o centro sanitario el día programado, para que pueda prestarse el servicio, el Asegurado deberá identificarse mediante la exhibición de su Tarjeta de Identificación Allianz y/o talones personalizados y su D.N.I.

Si el Asegurado precisa asistencia sanitaria en

España, en un área geográfica distinta a la del domicilio habitual, deberá consultar el cuadro médico vigente. También podrá ponerse en contacto con el Servicio de Atención al Asegurado (901 302 402) donde se le dará toda la información sobre los puntos donde Allianz tiene concertados los servicios sanitarios. El cuadro médico también puede consultarse en la página de Internet <http://www.allianz.es>.

4º. 2. Urgencias

Si el Asegurado precisa atención médica urgente, deberá ponerse en contacto con el Servicio de Urgencias llamando al teléfono 902 302 402.

Si el Asegurado precisa asistencia urgente en centro sanitario, el Asegurado podrá acudir directamente a los centros de urgencias especificados, presentando

su Tarjeta de Identificación Allianz y/o talones personalizados o ponerse en contacto con el Servicio de Urgencias llamando al teléfono 902 302 402, desde donde se le facilitarán las instrucciones oportunas o se le enviará una ambulancia que le traslade a un centro de urgencias concertado.

4º. 3. Asistencia en viaje en el extranjero

Si el Asegurado precisa asistencia en viaje en el extranjero, deberá ponerse en contacto con el Servicio de Asistencia, llamando al teléfono 34 914522915, a cobro revertido.

4º. 4. Pruebas diagnósticas, tratamientos, hospitalización.

Para realizar alguna prueba diagnóstica, tratamiento o ingreso hospitalario, Para realizar alguna prueba diagnóstica, es indispensable la prescripción correspondiente de un facultativo, realizada en una receta, con las especificaciones necesarias y con

consignación ineludible del nombre y número de colegiado del facultativo que prescribe. La receta deberá ser entregada al facultativo o centro que haya de realizar la prueba, tratamiento o ingreso.

4º. 5. Autorizaciones

Los siguientes servicios deben ser autorizados por Allianz previamente a su prestación: (La no formalización de la autorización correspondiente exime a la Compañía del pago del siniestro, en todos los casos.)

1. Hospitalización de cualquier tipo. Cuando se produzca a través del servicio de urgencias, la hospitalización deberá ser convalidada o rechazada por la Compañía en el término de las primeras veinticuatro horas hábiles.
2. Pruebas complementarias:
 - a) Análisis clínicos complejos
 - b) Radiografías complejas
 - c) Tomografía Axial Computerizada (TAC)
 - d) Resonancia Magnética Nuclear (RMN)
 - e) Pruebas alérgicas de provocación
 - f) Eco Doppler
 - g) Coronariografías
 - h) Arteriografías selectivas digitales
 - i) Embolizaciones arteriales
 - j) Polisomnografías
 - k) Pruebas realizadas con isótopos radiactivos
 - l) Densitometría
 - m) Amniocentesis

3. Tratamientos

- a) Angioplastias
- b) Valvuloplastias
- c) Rehabilitación. Cualquier tratamiento o sesión de fisioterapia.
- d) Litotricia.
- e) Endoscopia
- f) Radioterapia. (Cualquier tipo de modalidad)

4. Intervenciones quirúrgicas**5. Partos**

El Asegurado al que un facultativo haya prescrito uno de los servicios anteriormente señalados, se pondrá en contacto con la Compañía, con antelación suficiente para poder recabar informes médicos si fuera preciso, a través del número 901 302 402, o por fax, en el número 93.228.82.50 y Allianz remitirá, en su caso, la autorización directamente al facultativo o centro que haya de realizar la prueba, tratamiento o ingreso. El Asegurado deberá entregar la receta al facultativo o centro que haya de realizar la prueba, tratamiento o ingreso cuando se proceda al mismo.

CAPÍTULO IV

Cuestiones fundamentales de carácter general

Artº. 5º. REFERENCIAS A LA LEY DE CONTRATO DE SEGURO

Las presentes Condiciones Generales del Contrato de Seguro tienen, al final de cada apartado, la referencia a los preceptos de la Ley aplicables a su contenido, para que su consulta pueda ser hecha, si se desea, con la máxima precisión y facilidad.

Estas Condiciones Generales pretenden ser una guía que facilite el conocimiento de las cuestiones fundamentales que afectan al contrato de seguro.

CONSULTA DE LA LEY: Arts. 1º, 2º Y 3º.

5º. 1. Personas que intervienen en el contrato de seguro

1. El Tomador del Seguro, que formula la Solicitud de Seguro, y suscribe el contrato.
 2. El Asegurado, persona sobre cuya salud se contrata el seguro, contesta las preguntas de la Declaración de Salud para que se pueda elaborar la póliza y es el titular de los derechos derivados del contrato, entre ellos, la percepción de las prestaciones convenidas. Cuando varios miembros de una misma familia se hallen asegurados a la vez, sus pólizas se aglutinan alrededor de la del cabeza de familia, que recibe entonces la denominación de Asegurado Principal, a efectos puramente identificativos.
 3. El Asegurador, Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. que garantiza la realización de las prestaciones previstas en caso de siniestro. También recibe la denominación de "la Compañía".
- CONSULTA DE LA LEY: Arts. 1º y 7º.**

contrato.

3. Los Suplementos, que son modificaciones o aclaraciones hechas de acuerdo con el Tomador del Seguro, cambiando las Condiciones iniciales cuantas veces sea necesario.

C) El Tomador del Seguro debe leer y comprobar atentamente los términos y condiciones de su póliza y, en su caso, pedir en el plazo de un mes la rectificación de los posibles errores. Si no lo hace, se estará a lo dispuesto en la póliza.

D) Si la póliza es conforme, el Tomador del Seguro debe firmarla y hacer que la firme también el Asegurado, si es persona distinta.

E) El Tomador del Seguro debe pagar la primera prima.

F) Sólo si se han cumplido los requisitos de firma de la póliza y pago de la prima, el contrato estará debidamente formalizado y en vigor y los siniestros que se produzcan a partir de ese momento tendrán cobertura.

CONSULTA DE LA LEY: Arts. 1º, 2º, 3º, 4º, 5º, 6º, 8º, 14º y 15º.

5º. 2. Documentación y formalización del contrato de seguro

A) El Asegurador confecciona la póliza de acuerdo con la Solicitud formulada por el Tomador del Seguro y aplica las condiciones y tarifas basándose en las manifestaciones hechas por el Asegurado, especialmente en la declaración de salud, por lo que las respuestas del Asegurado tienen una importancia fundamental para el buen fin del contrato.

B) La póliza se compone de las siguientes partes:

1. Las Condiciones Particulares del contrato de seguro, que fijan los datos propios e individuales de cada contrato y recogen las cláusulas que por voluntad de las partes establecen el alcance de la cobertura que garantiza el Asegurador.
2. Las Condiciones Generales del contrato de seguro, que tratan de los derechos y deberes de las partes relativos al nacimiento, vigencia y extinción del

5º. 3. Duración del contrato de seguro

A) La duración del contrato se fija desde la cero horas del día del inicio del período de cobertura, hasta las veinticuatro horas del día de su finalización.

B) Cada año, salvo casos especiales, la póliza vence y se renueva de forma automática.

C) Para que el seguro continúe vigente, el Tomador del Seguro debe pagar la prima correspondiente al siguiente período. Tiene para ello un plazo de gracia de un mes, transcurrido el cual, si el pago no se ha hecho, la cobertura del Asegurador queda en suspenso, no haciéndose cargo de los siniestros que puedan ocurrir a partir de ese momento.

D) Cuando el Tomador del Seguro o el Asegurador no deseen que la póliza se renueve a su vencimiento anual deben avisarse mutuamente con, al menos, dos meses

de antelación.

E) Otros diversos casos pueden originar que una de las partes decida rescindir el contrato antes del vencimiento, por ejemplo, cuando se produzca una agravación del riesgo o cuando haya habido reserva o inexactitud en la Declaración de Salud del Asegurado.
CONSULTA DE LA LEY: Arts. 8º, 10º, 12º, 14º, 15º y 22º.

5º. 4. Modificación del contrato de seguro

A) Cualquier modificación que se produzca en el contenido de las respuestas que, antes de la contratación de la póliza, hizo el Asegurado en la Solicitud, debe ser inmediatamente comunicada al Asegurador, por si es necesario adaptar la póliza a la nueva situación.

B) La respuesta del Asegurador debe hacerse, generalmente, en el plazo de 15 días, salvo cuando se trata de agravación del riesgo, caso en que dispone de dos meses para proponer la modificación del contrato, siempre que, naturalmente, el Asegurador no haga uso previamente de las facultades de rescisión señaladas en el Apartado anterior.

CONSULTA DE LA LEY: Arts. 11º y 12º.

5º. 5. Procedimiento en caso de siniestro

A) Ante todo, en caso de siniestro, el Tomador del Seguro y el Asegurado han de poner todos los medios a su alcance para aminorar las consecuencias del mismo, cooperando al salvamento, atención médica y rehabilitación física del Asegurado.

B) El Tomador del Seguro o el Asegurado deben comunicar al Asegurador la ocurrencia del siniestro, sus circunstancias y posibles consecuencias. Cuando el asegurado se ponga en contacto o acuda a uno de los facultativos o centros sanitarios concertados por Allianz, se entenderá, sin más trámite, que ha comunicado el siniestro, excepto en los casos que requieran autorización, en los que deberá procederse según lo descrito en el Artículo 4º.5.

C) El Asegurador y el Asegurado deberán colaborar en lo posible para cumplir con las especificaciones y condiciones señaladas en la Póliza para realizar la prestación.

D) Una vez realizada la prestación, en ocasiones, fundamentalmente en caso de accidente, el Asegurador podrá reclamar a terceros que sean responsables del daño los gastos de curación hechos en beneficio del Asegurado. El Asegurado debe salvaguardar ese derecho del Asegurador.

CONSULTA DE LA LEY: Arts. 16º, 17º, 19º, 38º, 39º, 82º y 104º.

5º. 6. Otras cuestiones de interés

A) Principio de la buena fe.

La ley prevé diversas situaciones que, cuando se producen, van en contra del interés del propio Asegurado, ya que están sancionadas con la nulidad o ineficacia del contrato, o con consecuencias tales como su impugnación, la exención de la obligación de prestación e incluso la reclamación de daños y perjuicios por parte del Asegurador.

En general, tales situaciones se producen cuando el Tomador del Seguro o el Asegurado actúan con dolo o mala fe o con culpa grave; cuando el Asegurado realiza la Declaración de Salud de forma incorrecta; cuando se ocultan datos; cuando no se coopera en las tareas de salvamento y curación y, en resumen, cuando no se respeta el principio de buena fe que sustenta el contrato de seguro.

B) Comunicaciones entre las partes.

Todas las comunicaciones deben hacerse por escrito, excepto las solicitudes de prestaciones, que pueden hacerse a través del teléfono, aunque en las ocasiones en que por su complejidad así se requiera, éstas también deberán formularse por escrito.

Cuando el Tomador del Seguro o el Asegurado se dirijan por escrito al Asegurador, pueden hacerlo a su domicilio social, al de sus sucursales o al de sus Agentes afectos representantes.

Cuando lo hagan por teléfono, pueden llamar a los diferentes números que, para cada caso, figuran en este contrato y, en todo caso, al número 901 302 402.

Tales comunicaciones pueden hacerlas directamente o bien a través de un Corredor de Seguros que medie en el contrato.

El Asegurador se dirigirá al último domicilio que conozca del Tomador del Seguro, o del Asegurado.

C) Prescripción de acciones.

Las acciones para exigir derechos derivados del contrato prescriben a los cinco años.

D) Consultas y aclaraciones sobre incidencias:

Las **consultas y aclaraciones** que se puedan plantear a lo largo de la vida de la póliza sobre su **emisión, administración, tramitación de los siniestros o rescisión** del contrato se realizarán, de **forma verbal o escrita**, a elección del Tomador del Seguro o del Asegurado, a través de:

1. El **Mediador de Seguros, BERGUA DATOS, PRUEBA** teléfono 9999999999, e-mail **NOMBRE.PRUEBA@ALLIANZ.TT**, o dirección postal **Domicilio domicilio 27 8º, 28020 Madrid.**
2. El **Centro de Atención Telefónica** de la Compañía **902 300 186, de 8'15 a 20 h, de lunes a viernes laborables** o a través de su web **www.allianz.es.**

E) Planteamiento de quejas y reclamaciones sobre el contrato:

Para el planteamiento de **quejas y reclamaciones, al**

objeto de que la Compañía modifique alguna de sus decisiones relativas a esta póliza o a sus siniestros, el Tomador del Seguro, el Asegurado o el Beneficiario deberán dirigirse, por orden riguroso y sucesivo, nunca simultáneo o alternativo, a:

1. El Departamento de Atención al Cliente de la Compañía, grupo ALLIANZ SEGUROS, Apartado de Correos nº 38 08080 BARCELONA o a su dirección de correo electrónico dac@allianz.es o a su fax 93 228 85 53 o su web www.allianz.es pudiéndose usar también, al mismo fin, cualquier oficina de la Compañía abierta al público. La documentación y alegaciones deberán aportarse por escrito, en papel o formato electrónico duradero.

El escrito, debidamente fechado y firmado, contendrá como mínimo la identificación completa del reclamante y una precisa descripción de los motivos de queja o reclamación, la especificación del departamento de la Compañía cuya actuación es objeto de la queja o reclamación y la clara determinación de lo que se pide a la Compañía que

resuelva.

El reclamante podrá adjuntar la documentación escrita que estime conveniente.

2. El Comisionado para la defensa del Asegurado y Participe en Planes de Pensiones, también por escrito y sólo cuando el reclamante no esté de acuerdo con la decisión que haya tomado previamente el Departamento de Atención al Cliente de la Compañía, en relación a su queja o reclamación o hayan transcurrido dos meses desde la presentación de la misma sin respuesta de la Compañía.

F) Litigios sobre el contrato.

Será competente el Juez del domicilio del Asegurado de acuerdo con la Ley Orgánica 6/85, del Poder Judicial y la Legislación civil, mercantil y procesal aplicable. CONSULTA DE LA LEY: Arts. 4º, 10º, 11º, 12º, 15º, 16º, 17º, 19º, 21º, 23º, 24º, 101º y 102º LCS y Orden ECO/734/2004.

CLÁUSULA FINAL

A petición del Tomador del Seguro el recibo de prima correspondiente al primer período será presentado al cobro en la Entidad de Crédito indicada en estas Condiciones. Se hace constar expresamente que sin el pago de ese primer recibo este documento carece de validez y la Póliza no se considerará formalizada.

Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. ha integrado los datos de carácter personal facilitados en ficheros automatizados de su responsabilidad, teniendo en todo momento el afectado derecho de acceso, y en su caso, de oposición, rectificación y cancelación todo ello con los límites previstos en la legislación vigente sobre protección de datos de carácter personal y demás disposiciones de concordante aplicación.

Salvo indicación en contra, el firmante autoriza expresamente, aún cuando la operación no se formalizara, al tratamiento y conservación de sus datos personales, incluidos los de salud, por la Compañía para cumplir, desarrollar, controlar y ejecutar el contrato de seguro. Así como para la realización de análisis sobre el riesgo, de tipo estadístico de siniestralidad, de prevención del fraude, de valoración de los productos y servicios ofrecidos por la compañía, y también la cesión a aquellas entidades con las que la sociedad o su grupo establezca vínculos de colaboración en los supuestos de coaseguro, reaseguro o servicios señalados en la póliza y con el fin de garantizar una mejor calidad de servicio, además de la cesión a aquellos ficheros del sector asegurador creados con fines estadístico actuariales y de prevención del fraude.

Para el cumplimiento de las garantías contratadas, el asegurado autoriza expresamente que sus datos de carácter personal, incluidos los de salud, puedan ser comunicados, respectivamente, entre la entidad aseguradora y los médicos, centros sanitarios, hospitales u otras instituciones o personas. Los datos deben ser adecuados, pertinentes y no excesivos para las finalidades expresadas en relación con el contrato de seguro, cuya ley reguladora obliga al asegurado a informar al asegurador de las causas que motivan la prestación, para que pueda solicitar de los prestadores de los servicios sanitarios tal información para el cumplimiento de estos fines en relación con su salud y el tratamiento sanitario que este recibiendo.

El Tomador del Seguro reconoce haber recibido, leído y comprobado esta póliza de Contrato de Seguro Allianz Salud v.07, que consta de 5 artículos, en 24 páginas y acepta las condiciones del mismo, tanto las que delimitan y definen el riesgo, como las que fijan las prestaciones aseguradas y, así mismo, declara expresamente conocer y aceptar las exclusiones y limitaciones de la cobertura, así como, especialmente, las condiciones de tratamiento de sus datos de carácter personal en ficheros automatizados, juzgando resaltadas todas ellas convenientemente, y haber recibido a satisfacción información relativa a este contrato de seguro en sí mismo, a la legislación aplicable, instancias de reclamación, Asegurador y Órgano de Control, según lo previsto por la Ley de Ordenación y Supervisión de Seguros Privados y su Reglamento, así como también a la existencia de los ficheros y el tratamiento de sus datos de carácter personal, de la finalidad de su recogida y del destino de la información, tal como prevé la Ley Orgánica de protección de datos de carácter personal, considerando el texto del presente contrato como un todo indivisible, lo que también suscribe la Compañía, otorgando ambas partes, así, su pleno consentimiento en Madrid a 14 Septiembre 2007.

Recibida mi copia y aceptado el
contrato en todos sus términos y condiciones,
El Tomador

Nombre Hombre Hombre

Por mi mediación,
El Mediador
BERGUA DATOS, PRUEBA

Aceptamos el contrato en todos
sus términos y condiciones,
Allianz, Compañía de Seguros y
Reaseguros, S.A.

