



Aviva Vida y Pensiones, S.A. de Seguros y Reaseguros (Sociedad Unipersonal)  
Camino Fuente de la Mora, 9 28050 Madrid (España)  
Inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, Tomo 40, Folio 094, Hoja M-783.  
N.I.F. A-79381729

# Reembolso de Gastos Médicos por Enfermedades Graves

## Índice

	<b>Página</b>
<b>CONDICIONES GENERALES</b>	
<b>Artículo preliminar.</b> LEGISLACIÓN APLICABLE AL CONTRATO DE SEGURO	3
<b>Artículo 1º.</b> DEFINICIONES DE GENERAL APLICACIÓN	3
<b>Artículo 2º.</b> BASES DEL CONTRATO	6
<b>Artículo 3º.</b> EXCLUSIONES DE GENERAL APLICACIÓN	7
<b>Artículo 4º.</b> PERFECCIÓN. TOMA DE EFECTO Y DURACIÓN DEL CONTRATO	8
<b>Artículo 5º.</b> PAGO DE LAS PRIMAS	8
<b>Artículo 6º.</b> OTRAS OBLIGACIONES Y DERECHOS DEL TOMADOR O ASEGURADO	9
<b>Artículo 7º.</b> OTRAS OBLIGACIONES DEL ASEGURADOR	11
<b>Artículo 8º.</b> CONTROVERSIAS	11
<b>Artículo 9º.</b> SUBROGACIÓN	12

	<b>Página</b>
<b>Artículo 10°. PRESCRIPCIÓN</b>	12
<b>Artículo 11°. JURISDICCIÓN</b>	12
<b>Artículo 12°. INSTANCIAS DE RECLAMACIÓN</b>	12
<b>CONDICIONES ESPECIALES</b>	
<b>Artículo 1°. OBJETO DEL SEGURO</b>	14
<b>Artículo 2°. PRESTACIONES GARANTIZADAS</b>	16
<b>Artículo 3°. PRESTACIONES EXCLUIDAS</b>	18
<b>Artículo 4°. PERIODO DE CARENCIA</b>	19
<b>Artículo 5°. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO</b>	19
<b>ANEXO AL SEGURO DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ENFERMEDADES GRAVES</b>	22



Aviva Vida y Pensiones, S.A. de Seguros y Reaseguros (Sociedad Unipersonal)  
Camino Fuente de la Mora, 9 28050 Madrid (España)  
Inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, Tomo 40, Folio 094, Hoja M-783.  
N.I.F. A-79381729

# Reembolso de Gastos Médicos por Enfermedades Graves

## Condiciones Generales

### ■ **Artículo preliminar. LEGISLACIÓN APLICABLE AL CONTRATO DE SEGURO.**

El presente Contrato de Seguro se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro, en la Ley 30/1995, de 8 de Noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados y su Reglamento (Real Decreto 2486/1998, de 20 de noviembre) y demás legislación concordante, así como por lo establecido en estas Condiciones Generales; en las Condiciones Especiales; y en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro que se les unan, sin que tengan validez las cláusulas limitativas de los derechos del Tomador y del Asegurado que no sean aceptadas por escrito. No requerirán dicha aceptación las meras transcripciones o referencias a preceptos legales imperativos.

### ■ **Artículo 1º. DEFINICIONES DE GENERAL APLICACIÓN.**

A los efectos de este Contrato, se entiende por:

**1. Tomador:** La persona física o jurídica que solicita y contrata la Póliza, y a quien corresponden las obligaciones que del mismo se deriven, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado.

**2. Asegurado:** La persona o personas, designadas en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, sobre las que se establece el Contrato de Seguro.

**3. Beneficiario:** El Asegurado/os que recibirá la prestación del Asegurador, en caso de producirse el siniestro.

**4. Asegurador: Aviva Vida y Pensiones, S.A. de Seguros y Reaseguros (Sociedad Unipersonal),** quien asume el riesgo contractualmente pactado.

**5. Póliza:** El documento que contiene las condiciones que regulan el Contrato de Seguro. Forman parte integrante de la Póliza: las Condiciones Generales; las Condiciones Especiales; y las Condiciones Particulares y el Certificado de Seguro que individualizan el riesgo; así como los suplementos o apéndices, si procedieren, que se emitan a la misma para complementarla o modificarla.

**6. Accidente:** Todo evento producido debido a una causa violenta, súbita y ajena a la intencionalidad del Asegurado, que produzca lesiones corporales objetivamente apreciables.

**7. Enfermedad:** Toda alteración no accidental del estado de la salud, cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por un médico legalmente habilitado para el ejercicio de su concreta especialidad.

Se considera una misma enfermedad todas las lesiones y secuelas derivadas de un mismo accidente, así como todas las afecciones debidas a las mismas causas o causas relacionadas. Si una afección se debe a una misma causa que produjo una enfermedad anterior, o a causas relacionadas con ella (incluyendo secuelas y complicaciones derivadas de la anterior enfermedad), la enfermedad será considerada como una continuación de la anterior y no como una enfermedad distinta.

**8. Enfermedad congénita:** Es aquella que existe en el momento del nacimiento, como consecuencia de factores hereditarios o afecciones adquiridas durante la gestación hasta el mismo momento del nacimiento, o bien sea descubierta más tarde, en cualquier periodo de la vida del individuo.

**9. Enfermedad preexistente:** Enfermedad que ya ha sido diagnosticada, tratada, o ha dado lugar a consulta por un médico, o cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado con anterioridad a la fecha de entrada en vigor de la Póliza.

**10. Franquicia:** Importe que previamente a cualquier pago garantizado bajo esta Póliza deberá haber realizado el Asegurado, y justificado oportunamente mediante facturas u otro medio aceptado por la Compañía.

**11. Hospital:** Todo establecimiento público o privado legalmente autorizado para tratamiento médico de enfermedades o lesiones corporales provisto de medios materiales y personales adecuados para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas y atendido por médicos y personal sanitario las 24 horas del día.

**12. Hospitalización:** La permanencia en un hospital o clínica pernoctando en el centro.

**13. Hospitalización a domicilio:** Asistencia del médico generalista y de ATS o DUE al Asegurado en el domicilio que figura en la Póliza, cuando la patología del enfermo requiera cuidados especiales sin llegar a precisar ingreso hospitalario y siempre previa prescripción del médico.

**14. Intervención Quirúrgica:** Toda operación con fines diagnósticos o terapéuticos, realizada mediante incisión u otra vía de abordaje interno, efectuado por un cirujano en un Centro autorizado y que requiere normalmente la utilización de una sala de operaciones.

**15. Plazo de Carencia:** Periodo de tiempo, contado a partir de la fecha de efecto del Contrato o de la de inclusión de un nuevo Asegurado, durante el cual no entra en vigor las garantías de la Póliza.

**16. Prestación:** Es la asistencia sanitaria que se deriva de la presentación de un siniestro. Se entiende por asistencia el acto de atender o cuidar la salud de una persona.

**17. Prima:** El precio del Seguro. El recibo contendrá además los recargos e impuestos que sean de aplicación legal.

**18. Siniestro:** Todo hecho cuyas consecuencias estén total o parcialmente cubiertas por la Póliza. Se considera que constituye un solo y único siniestro el conjunto de servicios derivados de una misma causa.

**19. Urgencia médica:** Es aquella que requiere la atención médica inmediata, cuya demora puede significar un peligro grave para la vida o integridad física de la persona.

**20. Tratamiento de tipo experimental:** Es un tratamiento, procedimiento, curso de tratamiento, equipo, medicamento o producto farmacéutico que, con fines médicos o quirúrgicos, no ha sido universalmente aceptado como seguro, efectivo y apropiado para el tratamiento de enfermedades y lesiones por el conjunto de las organizaciones científicas reconocidas por la comunidad médica internacional, o bien se encuentra bajo estudio, investigación, periodo de

prueba, o en cualquier etapa de experimentación clínica.

**21. Medicamento necesario:** Un tratamiento se considerará como **medicamento necesario** cuando concurren las siguientes condiciones:

- Es apropiado e imprescindible para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad o lesión de un Asegurado.
- No excede en alcance, duración o intensidad del nivel de cuidado necesario para proporcionar un diagnóstico o tratamiento seguro, adecuado y apropiado.
- Se realiza por prescripción médica.
- Se realiza de conformidad con las normas profesionales generalmente aceptadas en la práctica de la medicina en España o por la comunidad médica del país donde se presta el servicio o tratamiento.
- En el caso de un paciente ingresado en un hospital, no puede ser proporcionado fuera de dicha institución sin riesgo para el paciente.

El hecho de que un tratamiento haya sido indicado, recomendado, aprobado o suministrado por un Médico no es necesariamente suficiente para que tenga la consideración de ser Medicamento Necesario, hasta que tal carácter sea determinado por el Asegurador, en función a la definición anterior.

## ■ Artículo 2º. BASES DEL CONTRATO.

**1.** El presente Contrato ha sido concertado sobre las bases de las declaraciones efectuadas por el Tomador y el Asegurado en la Declaración de Salud, sobre el estado de salud, que figura en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro. Dichas declaraciones constituyen las bases para la aceptación del riesgo del presente Contrato y forma parte del mismo.

**2.** Si el Tomador o Asegurado ha omitido dolosamente cualquier circunstancia por él conocida que pueda influir en la valoración del riesgo; el Asegurador podrá rescindir el Contrato en los treinta días siguientes en que haya tenido conocimiento de dicha omisión.

**3.** 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 contrato excede de los límites de admisión establecidos por el Asegurador. En otro caso, si como consecuencia de la declaración inexacta de la edad, la prima pagada es inferior a la que correspondería pagar, la prestación del Asegurador se reducirá en proporción a la prima percibida.

### ■ Artículo 3º. EXCLUSIONES DE GENERAL APLICACIÓN.

Se excluyen de las coberturas de esta Póliza:

**1. Toda clase de accidentes producidos o enfermedades preexistentes, contraídas y manifestadas antes de la entrada en vigor de la Póliza, aún cuando no se hubieran diagnosticado de forma concreta; las secuelas producidas por ellas, así como defectos o deformaciones físicas preexistentes y anomalías o defectos congénitos; salvo que dichas circunstancias hayan sido declaradas por el Tomador o Asegurado en la Declaración de Salud y hayan sido expresamente aceptadas por el Asegurador en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro.**

**2. La asistencia sanitaria por enfermedades o lesiones producidas como consecuencia de guerras, terrorismo, movimientos sísmicos, tumultos, riñas, inundaciones, erupciones volcánicas, así como las consecuencias directas e indirectas de reacción nuclear y cualquier otro fenómeno de carácter extraordinario o catastrófico; así como epidemias oficialmente declaradas.**

**3. La asistencia sanitaria resultante de accidentes laborales, accidentes y enfermedades profesionales, así como la derivada de utilización de vehículos a motor, cubiertas por el Seguro de Suscripción Obligatoria del Automóvil.**

**4. Enfermedades o accidentes resultantes de la práctica profesional de cualquier deporte y, como aficionado de actividades aéreas, submarinismo, boxeo, artes marciales, escalada, rugby, espeleología, toreo, carreras de vehículos incluidos entrenamientos, y cualquier otro deporte de alto riesgo.**

**5. Los tratamientos de tipo experimental así como todos aquellos procedimientos diagnósticos, terapéuticos y/o quirúrgicos cuya seguridad y eficacia no estén debidamente contrastados científicamente.**

**6. La asistencia sanitaria derivada de alcoholismo, drogadicción, e intoxicaciones debidas al abuso del alcohol y al uso de psicofármacos, estupefacientes o alucinógenos. Así mismo se excluye las consecuencias y enfermedades derivadas de intento de suicidio y autolesión así como la asistencia sanitaria por enfermedades o accidentes sufridos por dolo del Asegurado. No obstante, se prestará la asistencia de urgencia.**

#### ■ **Artículo 4º. PERFECCIÓN. TOMA DE EFECTO Y DURACIÓN DEL CONTRATO.**

- 1.** El Contrato se perfecciona por el consentimiento mediante la firma de la Póliza por las partes contratantes.
- 2.** Las obligaciones del Asegurador comenzarán a partir del día señalado en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro.
- 3.** El Contrato de Seguro se estipula por el periodo de tiempo previsto en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro y, a su vencimiento, se prorroga por periodos no superiores al año natural. No obstante, cualquiera de las partes podrá oponerse a la prórroga mediante notificación escrita a la otra afectada, con antelación no inferior a dos meses desde la conclusión del periodo en curso.

#### ■ **Artículo 5º. PAGO DE LAS PRIMAS.**

- 1.** La primera prima será exigible una vez firmado el Contrato. Si no hubiera sido pagada por parte del Tomador, el Asegurador tendrá derecho a resolver el Contrato o a exigir el pago en vía ejecutiva con base en la Póliza, y si no hubiera sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el Asegurador quedará liberado de su obligación salvo pacto en contrario.
- 2.** En caso de falta de pago de la segunda y sucesivas primas, la garantía del Asegurador queda suspendida un mes después del día del vencimiento del recibo, y si el Asegurador no reclama el pago en el plazo de los seis meses siguientes a dicho vencimiento, se entenderá que el Contrato queda extinguido. Si el Contrato no hubiera sido resuelto o extinguido conforme a las condiciones anteriores, la garantía vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el Tomador pague la prima.
- 3.** En cualquier caso, el Asegurador, cuando el Contrato está en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la prima del periodo en curso.
- 4.** Si se determina en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro la domiciliación bancaria de los recibos de prima, se aplicarán las siguientes normas:
  - a.** El Tomador del Seguro entregará al Asegurador comunicación dirigida al establecimiento bancario o caja de ahorros, dando la orden oportuna al efecto.
  - b.** La prima se entenderá satisfecha a su vencimiento, salvo que, intentando el cobro dentro del plazo de gracia de un mes previsto en la Ley de Contrato de Seguro, no existiesen fondos suficientes en la cuenta del Tomador del Seguro. En

este caso, el Asegurador le notificará, que tiene el recibo a su disposición en el domicilio del Asegurador, y el Tomador vendrá obligado a satisfacer la prima en dicho domicilio.

c. Si el Asegurador dejase transcurrir el plazo de gracia sin presentar el recibo al cobro, y al hacerlo no existiesen fondos suficientes en la cuenta, deberá notificar tal hecho al Tomador del Seguro, por carta certificada o medio indubitado, concediéndole un nuevo plazo de un mes para que le comunique la forma en que satisfará su importe. Este plazo se computará desde la recepción de la expresada carta o notificación en el último domicilio comunicado al Asegurador.

#### ■ **Artículo 6°. OTRAS OBLIGACIONES Y DERECHOS DEL TOMADOR O ASEGURADO.**

El Tomador o Asegurado tendrán las siguientes obligaciones:

**1.** Declarar al Asegurador, antes de la perfección del Contrato, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo.

El Asegurador podrá rescindir el Contrato mediante declaración dirigida al Tomador en el plazo de un mes, a contar del conocimiento de la reserva o inexactitud del Tomador o Asegurado. Corresponderán al Asegurador, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al periodo en curso en el momento que haga esta declaración.

Si el siniestro sobreviene antes de que Asegurador haga la declaración a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de éste se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiere aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si medió dolo o culpa grave del Tomador o del Asegurado, el Asegurador quedará liberado del pago de la prestación.

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

El Asegurador puede, en un plazo de dos meses a contar del día en que la agravación le ha sido declarada, proponer una modificación del Contrato. En tal caso, el Tomador dispone de quince días a contar desde la recepción de esta proposición para aceptarla o rechazarla. En caso de rechazo, o de silencio por parte del Tomador, el Asegurador puede, transcurrido dicho plazo, rescindir el

Contrato previa advertencia al Tomador, dándole para que conteste un nuevo plazo de quince días, transcurridos los cuales y dentro de ocho siguientes comunicará al Tomador la rescisión definitiva.

El Asegurador igualmente podrá rescindir el Contrato comunicándolo por escrito al Tomador dentro de un mes, a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo. En el caso de que el Tomador o Asegurado no haya efectuado su declaración y sobreviniere un siniestro, el Asegurador queda liberado de su prestación si el Tomador o Asegurado ha 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 hubiere aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

**3.** Comunicar al Asegurador, tan pronto como les sea posible, las altas de Asegurados que se produjeran durante la vigencia del presente Contrato, tomando efecto las mismas el día primero del mes siguiente a la fecha de notificación efectuada por el Tomador.

**4.** Aminorar las consecuencias del siniestro empleando los medios a su alcance para el pronto restablecimiento. El incumplimiento de este deber con la manifiesta intención de perjudicar o engañar al Asegurador, liberará a éste de toda prestación derivada del siniestro.

**5.** Comunicar al Asegurador, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 101 y en relación con el artículo 106 de la Ley de Contrato de Seguro, la existencia de cualquier otro seguro de enfermedad que se refiera a las personas aseguradas por esta Póliza.

**6.** El Tomador o el Asegurado podrá, durante el curso del Contrato, poner en conocimiento del Asegurador todas las circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste 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, deberá reducirse el importe de la prima futura en la proporción correspondiente, teniendo derecho el Tomador en caso contrario, a la resolución del Contrato y a la devolución de la diferencia entre la prima satisfecha y la que hubiera correspondido pagar, desde el momento de la puesta en conocimiento de la disminución del riesgo.

**7.** El Tomador y/o Asegurado podrá reclamar al Asegurador, en el plazo de un mes desde la entrega de la Póliza, que subsanen las divergencias existentes entre ésta y la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas.

## ■ **Artículo 7°. OTRAS OBLIGACIONES DEL ASEGURADOR.**

Además de hacer efectivas las Garantías aseguradas, el Asegurador deberá entregar al Tomador de la Póliza o, en su caso, el documento de cobertura provisional o el que proceda.

## ■ **Artículo 8°. CONTROVERSIAS.**

**1.** En caso de desacuerdo sobre el origen o naturaleza de la enfermedad o asistencia prestada, así como sobre los gastos médicamente necesarios amparados bajo la Póliza, cada parte designará un Perito médico debiendo constar por escrito la aceptación de estos. Si una de las partes no hubiera hecho la designación, está obligada a realizarla en los ocho días siguientes a la fecha en que sea requerida por la que hubiese designado el suyo, y de no hacerlo en éste último plazo se entenderá que acepta el dictamen que emita el Perito, quedando vinculada por el mismo.

**2.** En caso de que los Peritos lleguen a un acuerdo, se reflejará en un acta conjunta, en la que se harán constar las causas del siniestro, las demás circunstancias que influyan en la determinación del reembolso de gastos y la propuesta del importe líquido de tal reembolso.

**3.** Cuando no haya acuerdo entre los Peritos, ambas partes designarán un tercer Perito de conformidad. En este caso, el dictamen pericial se emitirá en el plazo señalado por las partes, o en su defecto, en el plazo de treinta días a partir de la aceptación de su nombramiento por el Perito tercero.

**4.** El dictamen de los Peritos, por unanimidad o por mayoría, se notificará a las partes de manera inmediata y en forma indubitada, siendo vinculante para éstas, salvo que se impugne judicialmente por alguna de las partes, dentro del plazo de treinta días en el caso del Asegurador, y ciento ochenta en el del Asegurado, computados ambos desde la fecha de su notificación. Si no se interpusiesen en dichos plazos la correspondiente acción, el dictamen pericial devendrá inatacable.

**5.** Si el dictamen de los Peritos no fuera impugnado, el Asegurador directamente, o a través del mediador de seguros que intervino en el Contrato, deberá abonar el importe del reembolso señalado por el dictamen pericial en un plazo de cinco días.

**6.** En el supuesto de que por demora del Asegurador en el pago del importe del reembolso devenido inatacable, el Asegurado se viere obligado a reclamarlo judicialmente, la indemnización correspondiente se verá incrementada con un interés anual igual al del interés legal del dinero vigente en el momento en que se devengue, incrementado en el 50 por 100. No obstante, transcurridos dos

años desde la producción del siniestro, el interés anual no podrá ser inferior al 20 por 100.

#### ■ **Artículo 9º. SUBROGACIÓN.**

El Asegurador, una vez pagado el reembolso de gastos, podrá ejercitar los derechos y acciones que, por razón del siniestro debido a accidente o enfermedad correspondiera al Asegurado frente a las personas responsables del mismo, hasta el límite del reembolso satisfecho.

El derecho de subrogación no podrá ejercitarse contra el cónyuge del Asegurado, ni otros familiares hasta el tercer grado civil de consanguinidad, padre adoptante o hijo adoptivo, que conviva con el Asegurado. No obstante, esta norma no tendrá efecto si la responsabilidad proviene de dolo o si la misma está amparada mediante un Contrato de Seguro. En este último supuesto, la subrogación estará limitada en su alcance de acuerdo con los términos de dicho Contrato.

En caso de concurrencia del Asegurador y el Asegurado frente al tercero responsable, el recobro obtenido se repartirá entre ambos en proporción a su respectivo interés.

#### ■ **Artículo 10º. PRESCRIPCIÓN.**

Las acciones del Tomador y del Asegurado para reclamar judicialmente contra el rechazo de una prestación o contra la estimación del importe de reembolso, prescriben a los cinco años desde la fecha en la que podían ejercitarse.

#### ■ **Artículo 11º. JURISDICCIÓN.**

Será Juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del Contrato del Seguro el del domicilio del Asegurado.

#### ■ **Artículo 12º. INSTANCIAS DE RECLAMACIÓN.**

En caso de reclamación relativa al contenido o aplicación del contrato y sin perjuicio del recurso a los Tribunales de Justicia puede Vd.

**1.** Dirigirse por escrito a nuestro Departamento de Atención al Cliente. Camino Fuente de la Mora, 9, 28050 Madrid

**2.** Formular su reclamación, de forma totalmente gratuita, ante el defensor del Asegurado, persona independiente de la Compañía, elegida para velar por los intereses de los asegurados tomadores y beneficiarios.

Para poder acceder a esta vía de reclamación, deberán concurrir las siguientes

circunstancias:

- a.** Que el reclamante sea persona física y que en esa persona coincida la condición de Tomador de Seguro, Asegurado, Beneficiario o Derechohabiente de cualquiera de ellos.
- b.** Que LA CUANTÍA DE LA RECLAMACIÓN NO EXCEDA DE 60.000 (SESENTA MIL EUROS).
- c.** Que su pretensión haya sido desestimada por el Asegurador de forma expresa (o bien que hayan transcurrido tres meses desde su presentación por escrito sin que haya recaído resolución).
- d.** Que el asunto se encuentre sometido a decisión judicial arbitral o administrativa o haya sido rechazado por fraude.
- e.** Que no exista un finiquito firmado.

Esta reclamación deberá Vd. formularla dentro del plazo de seis meses contados desde que ocurrieron los hechos, por medio de escrito dirigido al Defensor de Asegurado, haciendo constar su nombre y apellidos, DNI, domicilio así como la causa o motivo de su reclamación concretando claramente su pretensión.

Pueden enviar la reclamación al Defensor del Asegurado por los siguientes medios:

- Correo: Apartado de Correos 14.871, 28080 Madrid.
- Fax: 902 99 99 78
- E-mail: [servicioquejasreclamaciones@aviva.es](mailto:servicioquejasreclamaciones@aviva.es)
- Desde la web de la Entidad: [www.avivavp.es](http://www.avivavp.es)

En cualquier caso deberá remitir al apartado de correos 14.871, 28080 Madrid la fotocopia de la Póliza, la copia de la reclamación presentada a la Aseguradora y en su caso la desestimación de la misma por la Compañía.

El defensor del Asegurado tras los trámites reglamentarios dictará resolución en el plazo máximo de cuatro meses. Esta resolución será vinculante para el Asegurador, pero no para Vd. que es libre de aceptarla o rechazarla, y en su caso ejercer las acciones que legalmente le correspondan ante la Dirección General de Seguros o ante los Tribunales de Justicia.

Si Vd. lo necesita puede solicitar una copia del Reglamento del Defensor del Asegurado a cualquiera de las direcciones antes indicadas.

**3.** Dirigirse a la Dirección General de Seguros, sección consultas y Reclamaciones, Paseo de la Castellana, 44, Madrid, a efectos de Régimen de reclamaciones previsto en los artículos 61c y siguientes de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.

# CONDICIONES ESPECIALES

## ■ Artículo 1°. OBJETO DEL SEGURO.

**Con sujeción a las disposiciones y limitaciones que más adelante se establecen, esta Póliza cubre, hasta el límite de la suma asegurada establecida en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, los gastos médicos incurridos por el Asegurado durante el período de indemnización establecido en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro por diagnósticos, tratamientos, servicios, suministros o prescripciones médicas prestados dentro del ámbito territorial establecido en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, que tengan la consideración de ser Medicamento Necesarios y siempre que sean ocasionados como resultado de, o en relación con una Enfermedad Cubierta tal y como se define a continuación, y que sea diagnosticada por primera vez durante el período de vigencia de la Póliza y cuyos primeros síntomas se manifiesten en dicho período.**

A efectos de esta Póliza se entenderá por Enfermedad Cubierta, toda alteración del estado de salud de causa común o accidental, confirmada por un médico legalmente reconocido y que coincida con alguna de las definidas a continuación, en los términos siguientes:

**1. CÁNCER:** La manifestación de un tumor maligno caracterizado por no estar encapsulado y por el crecimiento y dispersión incontrolado de células malignas y la invasión de los tejidos. El término "cáncer" incluye la leucemia (excepto la leucemia linfocítica crónica) y la enfermedad de Hodgkin. El diagnóstico debe ir apoyado con evidencia histológica de malignidad.

**No tendrán la consideración de Cáncer ni enfermedad grave:**

**– Todo tumor histológicamente descrito como premaligno, así como los cánceres no invasivos o "in situ".**

**– Los tumores cuando el Asegurado esté afectado por el virus de la inmunodeficiencia humana.**

**– Los cánceres de piel distintos del melanoma maligno invasivo.**

**2. INFARTO DE MIOCARDIO:** La muerte o necrosis de parte del músculo cardíaco o miocardio como resultado de una obstrucción de las arterias coronarias. El diagnóstico deberá ser confirmado por todos y cada uno de los siguientes síntomas:

– Historial de dolor pectoral típico y prolongado.

– Alteraciones nuevas en los electro-cardiogramas que confirmen la muerte de parte del miocardio.

– Elevación de las enzimas cardíacas por encima de lo normal en una

comprobación de laboratorio.

Además deberá ser acreditado el tratamiento o ingreso en un centro hospitalario.

**3. ACCIDENTE CEREBRO-VASCULAR:** La lesión o accidente cerebrovascular debido a trombosis cerebral, embolia o hemorragia, que produzca secuelas neurológicas durante más de 24 horas y que suponga una lesión neurológica permanente.

**Específicamente se excluyen los ataques isquémicos pasajeros y los ataques de isquemia vertebrobasilar.**

**4. ENFERMEDADES CEREBRALES DERIVADAS DE TUMORES BENIGNOS O MALFORMACIONES VASCULARES:** La enfermedad originada en tumores benignos de las células nerviosas o en las malformaciones vasculares (aneurismas o hemangiomas) que afectan a centros vitales del cerebro, del encéfalo, o vecinos a dichas estructuras, cuyo tratamiento por extirpación resulta imposible o técnicamente muy difícil sin dejar secuelas, siendo necesario recurrir a métodos de alta tecnología quirúrgica.

**5. INSUFICIENCIA RENAL:** La fase final del fallo crónico e irreversible del funcionamiento de ambos riñones a consecuencia del cual sea necesario proceder a una diálisis renal a intervalos regulares o a la realización de un trasplante renal (como receptor).

Será necesaria la confirmación de la necesidad de la diálisis o trasplante renal mediante informe del nefrólogo.

**6. INTERVENCIÓN POR AFECCIÓN DE LA ARTERIA CORONARIA:** El sometimiento efectivo a cirugía de bypass (o de vena safena o de injerto de mamaria interna) para el tratamiento de enfermedades de la arteria coronaria, así como el sometimiento a una intervención o procedimiento de angioplastia destinado a la dilatación de una arteria mediante el inflado de un balón ubicado en la punta de un catéter.

Será necesario proporcionar evidencia angiográfica de la enfermedad subyacente.

**Específicamente se excluyen las lesiones traumáticas de la aorta, las alteraciones congénitas, y las técnicas no quirúrgicas tales como el tratamiento de una obstrucción con láser y cualquier otra técnica que no requiera la apertura quirúrgica del tórax, con la excepción de la angioplastia de balón.**

**7. SUSTITUCIÓN DE LAS VÁLVULAS DEL CORAZÓN:** La realización efectiva de la reposición total de una o más válvulas del corazón para el tratamiento de una enfermedad.

**8. TRASPLANTE DE ÓRGANO VITAL:** La cirugía de trasplante como receptor de alguno de los siguientes órganos: corazón, pulmón, hígado, médula ósea y páncreas.

**9. ESCLEROSIS MÚLTIPLE:** La confirmación por un médico neurólogo del diagnóstico de esclerosis múltiple que produzca al menos anomalías neurológicas moderadas, que hayan persistido al menos por un periodo continuo de seis meses.

**10. PARÁLISIS:** La pérdida completa y permanente del movimiento y la sensibilidad en dos o más extremidades, cualquiera que sea la causa de la parálisis.

#### ■ **Artículo 2º. PRESTACIONES GARANTIZADAS.**

Los gastos médicos que son Objeto de Seguro bajo esta Póliza, una vez que se ha superado la franquicia establecida en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, corresponden a los cargos efectuados:

**1.** Por un hospital, en concepto de:

- Habitación y comidas, y servicio general de enfermería durante la permanencia en una habitación, sala o pabellón, o unidad de vigilancia o cuidado intensivo.
- Otros servicios hospitalarios incluyendo los servicios prestados en el departamento de consulta externa de un hospital y los gastos correspondientes al coste de una cama supletoria o de acompañante si el hospital tiene disponible este servicio.

**2.** Por un centro de cirugía ambulatoria o independiente, pero solamente si el tratamiento, cirugía o prescripción hubiese estado cubierta bajo esta Póliza de haber sido proporcionado en un hospital.

**3.** Por un médico, en concepto de consulta, tratamiento, cuidados médicos, o cirugía.

**4.** Por visitas médicas efectuadas al Asegurado mientras se encuentre ingresado en un hospital.

**5.** Por los siguientes servicios, tratamientos o prescripciones médicas y quirúrgicas:

- Anestesia y su administración, siempre que haya sido proporcionada por un anestesiólogo profesional.
- Análisis de laboratorio y patología, radiografías con fines diagnósticos, radioterapia, isótopos radioactivos, quimioterapia, electrocardiogramas, ecocardiografías, mielogramas, electroencefalogramas, angiografías, tomografías computarizadas, y otras pruebas y tratamientos similares, requeridos para el diagnóstico y tratamiento de una Enfermedad Cubierta, siempre que hayan sido suministrados por un médico, o bajo la supervisión de un médico.
- Transfusiones de sangre, aplicación de plasma y sueros.
- Gastos originados por consumo de oxígeno, aplicación de soluciones intravenosas e inyecciones.

**6.** Por productos farmacéuticos o medicinas aplicados por prescripción médica mientras el Asegurado se encuentre hospitalizado. Quedan garantizados aquellos que sean prescritos en procesos postoperatorios aún cuando el Asegurado se encuentre fuera del hospital.

**7.** Por los servicios de traslados y transportes en ambulancias terrestres y aéreas cuando su utilización sea indicada y prescrita por un médico.

**8.** Por los servicios prestados durante el proceso de obtención de órganos o tejidos de un donante fallecido con el propósito de efectuar un Trasplante de Órgano. Se incluyen los gastos por extirpación, conservación y transporte del órgano o tejido que se trasplanta a un Asegurado.

**9.** Por los servicios prestados a un donante vivo durante el proceso de extirpación de un órgano con el propósito de efectuar un Trasplante de Órgano al Asegurado, ocasionados con motivo de:

- El proceso de investigación para la localización de donantes potenciales.
- Los servicios prestados al donante en un hospital, en concepto de habitación, sala o pabellón, comidas, servicio general de enfermería, servicios regulares proporcionados por el personal del hospital, pruebas de laboratorio, y uso de equipos y otros servicios hospitalarios (exceptuándose artículos de uso personal que no sean necesarios durante el proceso de extirpación del órgano o tejido que se va a trasplantar).
- La cirugía y servicios médicos relacionados con la extirpación del órgano o tejido del donante, que se intenta trasplantar al Asegurado.

**10.** Por servicios y materiales suministrados por cultivos de médula ósea, relacionados con un trasplante de tejido a practicar en el Asegurado. Se indemnizarán solamente los gastos incurridos a partir de la fecha en que el primer Gasto Médico cubierto por dicho concepto fuera ocasionado.

Si en el transcurso de un procedimiento quirúrgico, fuera necesario ampliar el objeto de la intervención, practicándose a través de la misma incisión, o en el mismo orificio natural del cuerpo, o en el mismo campo operatorio, se indemnizarán únicamente los gastos ocasionados correspondientes al procedimiento mayor de acuerdo con el alcance de coberturas de la Póliza.

### **Prestación Compensatoria**

En aquellos casos donde el Asegurado, con la previa aprobación del Asegurador, decida no hacer uso de la cobertura de esta Póliza para hacer frente a los gastos médicos incurridos en relación con una Enfermedad Cubierta, utilizando otros medios a los que tenga derecho y que no le generen un gasto directo como la Seguridad Social, el Asegurador indemnizará al Asegurado la cantidad de 300,00 (TRESCIENTOS EUROS) por cada día de hospitalización hasta un máximo de 90 días, ya sea de forma continua o en distintos periodos.

**Para tener derecho a la Prestación Compensatoria, el Asegurado deberá demostrar satisfactoriamente al Asegurador que la hospitalización**

**objeto de la Prestación Compensatoria hubiera estado cubierta de otra forma bajo esta Póliza, habiendo superado la franquicia establecida en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro.**

■ **Artículo 3º. PRESTACIONES EXCLUIDAS.**

**Quedan excluidos de esta Póliza los gastos incurridos por o derivados de cualquier diagnóstico, tratamiento, servicio, suministro o prescripción médica, de cualquier forma relacionados con o como resultado de:**

- 1. Toda Enfermedad que haya sido diagnosticada o que el Asegurado haya recibido tratamiento por dicha enfermedad antes de la fecha de efecto de la Póliza.**
- 2. Toda Enfermedad que sea diagnosticada durante el Periodo de Carencia de tres meses indicado en el Artículo 4º de estas Condiciones Especiales.**
- 3. Toda enfermedad o padecimiento que no esté específicamente contemplado en el Objeto de Seguro de esta Póliza según se describe en el Artículo 1º de estas Condiciones Especiales.**
- 4. Toda Enfermedad causada intencionadamente o dolosamente por el Asegurado o derivada de actos de imprudencia temeraria o negligencia grave del Asegurado.**
- 5. El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), o cualquier enfermedad que sea secundaria u originada por el SIDA, o que sea consecuencia de cualquier tratamiento del SIDA, incluyendo la enfermedad conocida como "Kaposi Sarcoma".**

**Además quedan excluidos de la cobertura de esta Póliza los siguientes gastos:**

- 6. Todo tipo de productos farmacéuticos y medicinas que no hayan sido dispensadas por un farmacéutico licenciado, o para cuya obtención no se requiere receta o prescripción de un médico.**
- 7. Gastos incurridos por servicios de custodia, cuidado de la salud en el hogar o servicios proporcionados en un centro o institución de convalecencia, asilo u hogar de ancianos, aún cuando tales servicios sean requeridos o necesitados como consecuencia de una Enfermedad Cubierta.**
- 8. Gastos incurridos en relación a:**
  - a. Gastos incurridos por la utilización de medicina alternativa aun cuando hayan sido prescritos de forma específica por un médico, tales como acupuntura y medicina naturista.**
  - b. Gastos de hospedaje que no sea el propio hospital donde se va a**

**prestar el servicio o atención médica así como fianzas y depósitos económicos.**

**c. Gastos de intérprete, gastos de teléfono y otros relacionados con el servicio de coordinación del viaje prestados al Asegurado y acompañante, así como gastos en artículos de uso personal o los que no sean de índole médica, o por cualquier otro servicio proporcionado a familiares, acompañantes o asistentes.**

**d. Gastos en compra o alquiler de sillas de ruedas, camas especiales, aparatos de aire acondicionado, purificadores de aire, y cualesquiera otros artículos o equipos similares.**

**e. Gastos de viaje, transporte o desplazamientos de cualquier tipo incurridos por el Asegurado o sus acompañantes.**

**f. Gastos realizados por los acompañantes del Asegurado durante el periodo de tiempo que dure el tratamiento médico del Asegurado cubierto por esta Póliza, salvo aquellos que estén expresamente cubiertos.**

■ **Artículo 4°. PERIODO DE CARENIA.**

**El derecho a indemnización únicamente será efectivo cuando alguna de las Enfermedades Cubiertas por la presente Póliza sea diagnosticada tras un periodo de tres meses, después de la fecha de efecto del contrato.**

■ **Artículo 5°. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO.**

En caso de una Enfermedad Cubierta, el Asegurado o cualquier persona que actúe en su nombre, deberá cumplir las siguientes normas:

**A.** El Asegurado o cualquier persona que actúe en su nombre deberá ponerse en contacto tan pronto como sea posible con el centro de atención y coordinación médica para notificar el caso, presentando un certificado o dictamen médico en el que se determine con exactitud el diagnóstico de la enfermedad, fecha de origen, historial médico del Asegurado y los informes y pruebas que se estimen necesarias para la verificación del diagnóstico.

**Atención Médica 24 horas  
902 999 105**

**B.** En caso de hospitalización o cirugía del Asegurado o en caso que el Asegurado opte por recibir tratamiento médico en el extranjero, será necesario que el Asegurado o cualquier persona que actúe en su

**nombre solicite previamente una Certificación Previa al Asegurador.**

**El Asegurador emitirá dicha Certificación Previa donde se incluirá la relación de centros médicos nacionales o internacionales autorizados por el Asegurador para el tratamiento, servicio, suministro o prescripción médica más adecuado del caso, que serán seleccionados en coordinación con el Asegurado.**

**Si el Asegurado no cumple con el trámite de la Certificación Previa de acuerdo a lo establecido en este apartado, el porcentaje de reembolso de los gastos incurridos bajo esta Póliza en relación a una Enfermedad Cubierta será reducido al 80% (OCHENTA POR CIENTO) del total.**

**C.** En el caso de que el Asegurado demande un servicio provocado por una situación de Urgencia Médica, éste o cualquier persona que actúe en su nombre deberá ponerse en contacto con el Centro de Coordinación y Atención Médica dentro de las 24 horas posteriores a la prestación del servicio.

**D.** Establecida la existencia del siniestro, el Asegurado tendrá derecho bajo esta Póliza al reembolso de los gastos médicos incurridos, con sujeción a todas las demás condiciones, limitaciones y exclusiones contenidas en la misma.

**En cualquier caso, correrá por cuenta del Asegurado la franquicia indicada en las Condiciones Particulares de esta Póliza.**

En caso de hospitalización, cirugía o tratamiento médico en el extranjero, el Asegurador se hará cargo directamente de los gastos médicos incurridos si el Asegurado ha cumplido satisfactoriamente el trámite de Certificación Previa, y utiliza los servicios médicos recomendados por el Asegurador.

**E.** El Asegurado deberá seguir fielmente todas las prescripciones del médico encargado del tratamiento y deberá dar al Asegurador toda clase de informaciones sobre las circunstancias o consecuencias de la enfermedad.

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

**G.** Para el reembolso de los gastos médicos incurridos, el Tomador o Asegurado deberán presentar al Centro de Coordinación y Atención Médica en un plazo de 10 días a contar desde la fecha de la consulta, realización de la prueba, aplicación de medio terapéutico o finalización de la hospitalización, la siguiente documentación:

- a.** Solicitud de reembolso de gastos debidamente cumplimentada.
- b.** Facturas originales de los gastos incurridos por el Asegurado, donde se refleje:
  - Tipo de acto médico realizado con informe clínico correspondiente.
  - La persona a la que se la ha realizado (Asegurado).

– Identificación de la persona física o jurídica que ha prestado la asistencia (Médico, Clínica, etc.), donde al menos debe constar NIF o DNI y número de colegiado.

**c.** Justificación o acreditación del pago de las facturas por parte del Asegurado.

**d.** Prescripciones médicas originales de los servicios médicos u hospitalarios recibidos por el Asegurado.

**e.** Informe médico original explicativo de los Servicios médicos u hospitalarios recibidos, del proceso de la enfermedad y su evolución, así como informe de alta médica.

El incumplimiento de estos deberes será considerado como renuncia expresa al cobro del reembolso, salvo que haya sido imposible cumplirlas por causas ajenas a la voluntad del Tomador, Asegurado o sus familiares.

Una vez establecida la existencia del siniestro, el Asegurador efectuará el reembolso del importe que corresponda, una vez recibidos todos los documentos acreditativos del mismo. Salvo pacto en contrario, las obligaciones en cuanto a la liquidación de siniestros que se derivan de esta Póliza, las contrae el Asegurador únicamente con el Tomador del Seguro al cual reembolsará de acuerdo con las condiciones de la Póliza, los gastos debidamente justificados por facturas.

Dicho reembolso se efectuará al término de las investigaciones y comprobaciones necesarias para establecer la existencia del siniestro y, en su caso, el importe de los daños que resulten del mismo.

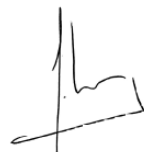
**En prueba de conformidad, tanto el Tomador como el Asegurado reconocen conocer y aceptar, por así haberlo pactado libremente, las distintas cláusulas y/o condiciones de este contrato de seguro, tanto las de carácter limitativo como las delimitativas del riesgo, por así haberse acordado con el Asegurador, en función a la prima pactada y pagada, que supone no haber querido contratar otros riesgos diferentes de los expresados tanto en las Condiciones Generales como en las Condiciones Especiales y Particulares y/o Certificado de Seguro que conforman este contrato de seguro.**

El Tomador del Seguro

El Asegurado

Aviva Vida y Pensiones

P.P.



Amador Moreno Amaya  
(Director General)

# ANEXO AL SEGURO DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ENFERMEDADES GRAVES

## Complemento Servicios Médicos Integrales

### INTRODUCCIÓN

**Aviva Vida y Pensiones** en asociación con Best Doctors®, ofrece integrado en el Seguro Reembolso de Gastos Médicos por Enfermedad Grave un complemento de Servicios Médicos Integrales que le permitirá acceder al más alto conocimiento y tecnología médica a nivel internacional.

Hemos diseñado un programa de seguros que ofrece al Asegurado una protección integral para satisfacer dos necesidades muy importantes:

- Aliviar al paciente y su familia del impacto económico que una enfermedad grave acarrea, y
- Acceder a los conocimientos médicos más avanzados para resolver su problema de salud.

El Asegurado tendrá acceso a los Servicios Médicos Integrales a través de nuestro centro de atención y coordinación médica 24 horas los 7 días de la semana:

**Atención Médica 24 horas**  
**902 999 105**

### ¿CUÁLES SON LOS SERVICIOS MÉDICOS INTEGRALES?

**Aviva Vida y Pensiones** pone a disposición del Asegurado los siguientes servicios:

**BEST DOCTORS®:** En caso de Enfermedad Grave, el servicio Best Doctors® ofrece al Asegurado acceso a los conocimientos médicos más avanzados para resolver su problema de salud:

- Definir con exactitud la esencia del problema médico,
- Facilitar la selección del especialista más adecuado y con mayor conocimiento en la patología,
- Establecer conexión entre el paciente y hospitales de renombre, y
- Asistir al paciente con todos los detalles del cuidado médico y hospitalario.

– Las condiciones médicas amparadas por el servicio Best Doctors® son:

- Cáncer
- Enfermedades Cardiovasculares
- Accidente Cerebro-Vascular
- Enfermedades Cerebrales
- Insuficiencia Renal
- Trasplante de Órganos
- Esclerosis múltiple
- Parálisis

**IMPORTANTE:** Best Doctors® no es una póliza de seguros. Es un servicio separado. Las condiciones médicas indicadas más arriba se refieren exclusivamente al servicio Best Doctors®. Esta lista no implica cobertura bajo el Seguro de Reembolso de Gastos Médicos por Enfermedad Grave, ni afecta a los términos y condiciones de la Póliza.

**SERVICIO DE ATENCIÓN MÉDICA:** Además, el Asegurado tendrá acceso a un servicio de atención médica telefónica 24 horas los 365 días del año donde podrá consultar en todo momento cualquier problema relacionado con su salud.

#### **DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS BEST DOCTORS®**

##### **InterConsulta: Consulta Médica Experta**

Este es un servicio que permite al Asegurado y a su médico el acceso a asesoramiento médico experto. En caso de diagnóstico de una de las condiciones cubiertas bajo el servicio Best Doctors®, un equipo de expertos médicos del más alto nivel revisará el historial clínico del Asegurado y le aportarán una evaluación de su condición médica, en un informe que le será remitido en 10 días desde la recepción de la información médica necesaria. El informe evaluará el diagnóstico y recomendará las opciones de tratamiento más adecuadas para el caso.

##### **FindBestDoc: Acceso a la Base de Datos Global Best Doctors®**

Disponibles después de la InterConsulta, este servicio pone a disposición del Asegurado información. De una base de datos de 50.000 especialistas, Best Doctors® le recomendará hasta tres doctores con capacidad y experiencia para consultar y tratar la condición médica del paciente.

##### **FindBestCare: Red de Expertos Proveedores Best Doctors®**

El Asegurado tendrá acceso a un servicio personalizado de alta calidad como complemento para identificar y acceder a los mejores centros de excelencia del mundo y/o expertos para tratar la condición médica diagnosticada.

Best Doctors® iniciará la identificación y selección de los mejores centros hospitalarios para el caso en coordinación con el Asegurado, y en caso de desplazamiento al extranjero, se ofrecerá además un servicio personalizado para el Asegurado y su familia, que incluirá asistencia en los arreglos del viaje, alojamiento, citas médicas, etc.

**IMPORTANTE:** Por favor, recuerde que el servicio Best Doctors® no implica la cobertura de los gastos médicos incurridos en su tratamiento médico ni cualquier gasto incurrido en caso de desplazamiento al extranjero. Por favor, para los gastos médicos refiérase a su Póliza de Reembolso de Gastos Médicos por Enfermedad Grave para el detalle de la cobertura otorgada bajo la misma.

**[www.bestdoctors.com](http://www.bestdoctors.com)**

A través de nuestra página web, tendrá acceso a la más completa literatura sobre patologías de alta complejidad que ayudan al paciente a obtener la más avanzada información sobre su condición médica.

BestDoctors.com ha sido reconocida por el prestigioso Dr. Ian Smith, comentarista médico para el noticiero NBC y la revista Times, como una de las 10 mejores páginas de contenido médico en el Internet.

### **¿CÓMO ACCEDER A LOS SERVICIOS MÉDICOS INTEGRALES?**

El Asegurado tendrá acceso a los Servicios Médicos Integrales a través de nuestro centro de atención y coordinación médica 24 horas los 7 días de la semana:

**Atención Médica 24 horas**  
**902 999 105**

- En caso de cualquier problema médico, el Asegurado podrá consultar con nuestro centro de atención médica 24 horas los 7 días de la semana.
- En caso de una enfermedad grave incluida en el listado de enfermedades detallado más arriba, el Asegurado podrá acceder a los servicios Best Doctors®.

Para acceder a los servicios Best Doctors®, nuestro centro de coordinación médica le guiará en la información médica que es necesario someter y en la utilización de los servicios.

En caso de una enfermedad grave cubierta el Seguro Reembolso de Gastos Médicos por Enfermedad Grave, el Asegurado tendrá derecho al reembolso de los gastos médicos incurridos, sujeto a los términos, condiciones, y exclusiones y limitaciones de la Póliza.