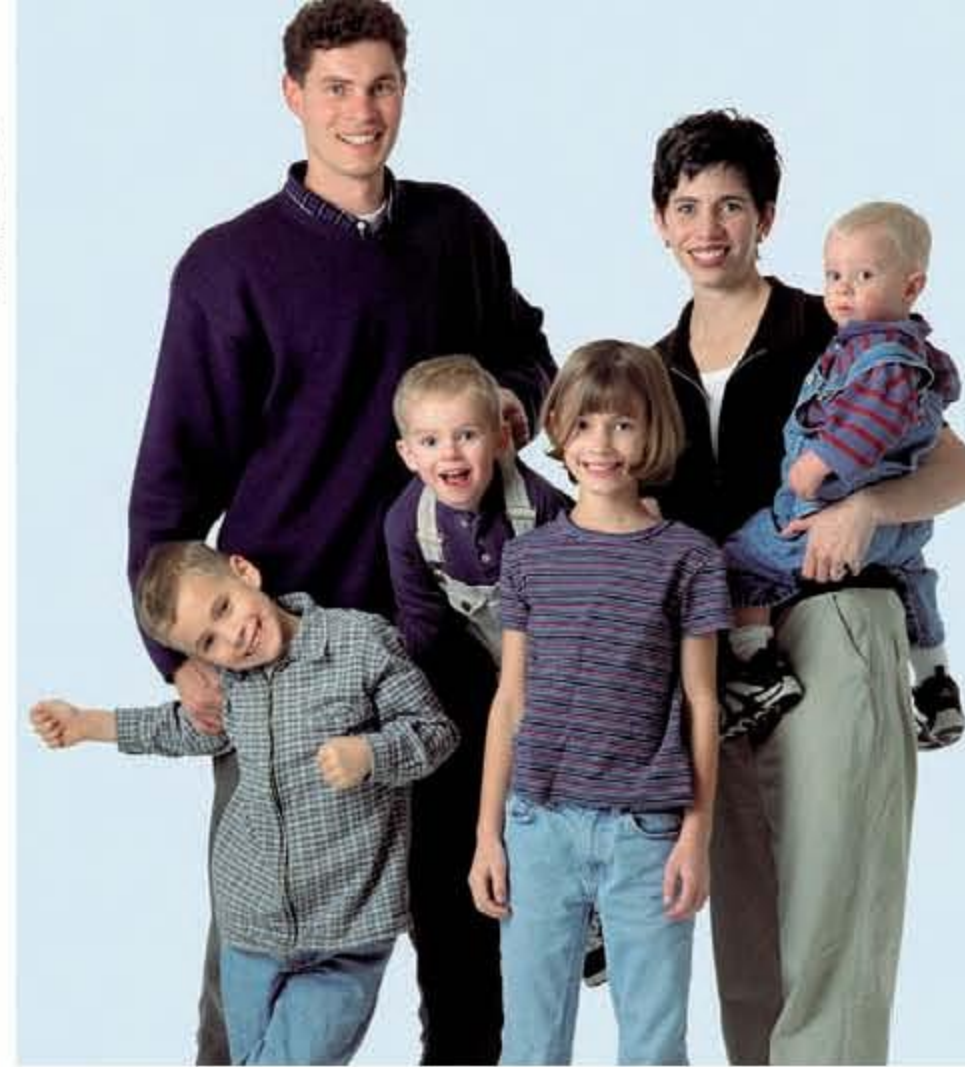


ENERO 2009



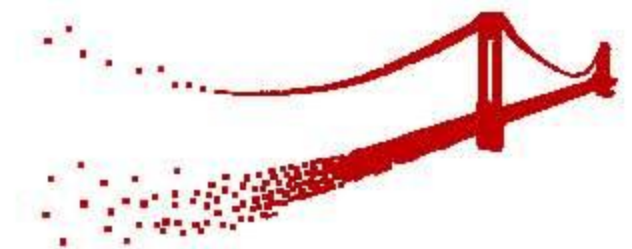
SEGURO DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS

**MEDISALUD**

SEGURO DE ASISTENCIA SANITARIA

**CAJASALUD FAMILIAR**

Oferta exclusiva para empleados  
y federa dos de la F.E.P.



## MAPFRE CUBRE TUS NECESIDADES Y TE OFRECE LAS MEJORES VENTAJAS DE LA SANIDAD PRIVADA

### MEDISALUD

El seguro de Reembolso de Gastos Médicos que le permite la libre elección de médico y hospital en cualquier lugar del mundo. Garantiza el reembolso del 90% de los gastos hospitalarios y el 80% de los extrahospitalarios, abonados por el Asegurado a consecuencia de una enfermedad o accidente necesarios para su restablecimiento, con un límite máximo por Asegurado y año de 105.347,90€ (\*). Si acude a los servicios recomendados, la cobertura es del 100%. Además, no tendrá que anticipar el gasto médico.

Gran cobertura, por la que se amplía el límite de reembolso por asegurado hasta 514.166,38€, que podrá consumirse en uno o varios años e, igualmente, por una o diferentes causas durante la vigencia de la garantía. Además, le permite el acceso a nuestros servicios concertados en EE.UU. para la hospitalización, previa autorización de la compañía.

(\* ) Límites fijados en Condiciones Particulares.

### CAJA SALUD FAMILIAR

El seguro de Asistencia Sanitaria que le garantiza asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria a través de nuestros servicios concertados. Con más de 32.000 profesionales y 400 centros sanitarios a su servicio. Ponemos a su disposición los medios de diagnóstico y procedimientos terapéuticos más avanzados.

### GARANTÍAS Y SERVICIOS DE NUESTROS PRODUCTOS:

- Asistencia Primaria.
- Asistencia Especializada.
- Asistencia Hospitalaria.
- Once Programas de Medicina Preventiva y Rehabilitadora.
- Trasplante de órganos.
- Reproducción Asistida.
- Podología.
- Garantía Bucodental.
- Tratamiento de la Psicoterapia.
- Cirugía Refractiva de la Miopía, Astigmatismo e Hipermetropía según Sistema de Franquicias.
- Segundo Diagnóstico y Acceso a la Red Hospitalaria de EE.UU.
- Conservación de las células madre del cordón umbilical (SCU).
- Adopción nacional e internacional.



## OFERTA EXCLUSIVA PARA EMPLEADOS Y FEDERADOS DE LA F.E.P.



### PRIMA MENSUAL POR ASEGURADO (incluida garantía bucodental):

MEDISALUD (reembolso)	de 0 a 65 años
Primer recibo	54,26€
Sucesivos	52,37€

CAJA SALUD FAMILIAR (Asistencia Sanitaria)	de 0 a 65 años
Primer recibo	40,90€
Sucesivos	39,50€

- Esta prima se ha calculado independientemente del sexo y edad.
- No incluidos los impuestos legalmente establecidos. Válida hasta el 31/12/2009.
- Con posibilidad de pago anual, semestral, trimestral, bimestral y mensual.
- Sin copago.
- Imprescindible aportar certificado de FEDERADO.
- Oferta de lanzamiento: hasta 28/02/2009 se eliminarán los periodos de carencia salvo embarazo, parto, reproducción asistida, adopción y Gran Cobertura.

### INSTRUCCIONES DE CUMPLIMENTACIÓN Y ENVÍO:

Si desea solicitar la contratación del seguro, cumplimente los datos de la Solicitud de Contratación adjunta conforme a las siguientes instrucciones:

- 1** Detalle los datos del tomador del seguro. Indíquenos la fecha de efecto solicitada, como fecha de entrada en vigor del seguro.
- 2** Rellene los datos de los asegurados a incluir en la póliza, indicando el tipo de documento de identificación personal (NIF, PASAPORTE o NIE) y el número del mismo.
- 3** Indique el domicilio de asistencia, que deberá ser el mismo para toda la unidad familiar.
- 4** Seleccione el producto a contratar.
- 5** Cumplimente los datos de la entidad bancaria y el código de cuenta (20 dígitos) para la domiciliación del cobro de los recibos. Elija la forma de pago.
- 6** Responda SI/NO a todas las preguntas incluidas en el cuestionario. Para la debida tramitación de esta solicitud, es imprescindible que se conteste a la totalidad de las preguntas.
- 7** En caso de que alguna de las respuestas se haya realizado en sentido afirmativo, amplíe la misma en el apartado incluido para ello.

### IMPRESINDIBLE FIRMAR LA SOLICITUD Y EXTRACTO

Para contratar la póliza puede enviar la solicitud al fax +34 91 188 14 42 habilitado por la Federación para esta promoción o enviarla por e-mail a [pablo.fep@telefonica.net](mailto:pablo.fep@telefonica.net) Para ampliar la información puede ponerse en contacto con nosotros en el teléfono 629 046 700.

CD10

**SOLICITUD DE CONTRATACIÓN**

61.1910.55860

<b>1. DATOS DEL SOLICITANTE</b>		Nº de Póliza/Familia	Fecha Efecto Solicitada	
Nombre	CIF/NIF/PTE			
Domicilio	Teléfono	E-mail		
Localidad	C.P.	Provincia		
Fecha de Nacimiento	Sexo	Profesión	Estado Civil	
Nº de Licencia Federativa				

<b>2. DATOS DE LOS ASEGURADOS</b>	<b>ASEGURADO TITULAR</b>	<b>ASEGURADO 2</b>	<b>ASEGURADO 3</b>	<b>ASEGURADO 4</b>
Nombre				
Primer Apellido				
Segundo Apellido				
Fecha de Nacimiento/Sexo	/	/	/	/
Estado civil/Parentesco	/	/	/	/
Tipo y nº de documento NIF, PTE, NIE	/	/	/	/
Profesión				

<b>DATOS DE LOS ASEGURADOS</b>	<b>ASEGURADO 5</b>	<b>ASEGURADO 6</b>	<b>ASEGURADO 7</b>	<b>ASEGURADO 8</b>
Nombre				
Primer Apellido				
Segundo Apellido				
Fecha de Nacimiento/Sexo	/	/	/	/
Estado civil/Parentesco	/	/	/	/
Tipo y nº de documento NIF, PTE, NIE	/	/	/	/
Profesión				

**3. DOMICILIO DE ASISTENCIA**

Domicilio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_ Cod. Postal: \_\_\_\_\_ Tel. Particular: \_\_\_\_\_ Tel. Trabajo: \_\_\_\_\_

**4. GARANTÍAS POR PRODUCTOS**

Reembolso       Asistencia Sanitaria

**5. COBRO DE RECIBOS**

Entidad Bancaria: \_\_\_\_\_ Sucursal: \_\_\_\_\_ D.C.: \_\_\_\_\_ C.C.: \_\_\_\_\_

Forma de pago:       Mensual       Trimestral       Semestral       Anual

<b>6. CUESTIONARIO</b>	Aseg. Titular	Aseg. 2	Aseg. 3	Aseg. 4	Aseg. 5	Aseg. 6	Aseg. 7	Aseg. 8
Peso (kg) y Estatura (cm).....	/	/	/	/	/	/	/	/
1. ¿Padece o has padecido alguna enfermedad crónica o alguna dolencia que te haya mantenido incapacitado más de 15 días?.....								
2. ¿Has sido o vas a ser intervenido quirúrgicamente / tratado en un centro sanitario?								
3. ¿Te encuentras bajo tratamiento o control médico?.....								
4. ¿Te has realizado algún estudio y/o sometido a algún tratamiento para la esterilidad?								
5. ¿Tienes alguna póliza similar a las coberturas solicitadas? (En caso afirmativo, aportar condiciones particulares y último recibo abonado).....								

En caso afirmativo, ampliar información (evolución, fechas, situación actual, tratamiento médico, etc.)

.....

.....

.....

Esta solicitud no obliga a la Entidad a formalizar el contrato de Seguro ni da derecho a utilizar sus prestaciones hasta el momento en que MAPFRE FAMILIAR acepte la solicitud emitiendo la póliza correspondiente y siempre que, salvo pacto expreso en contrario, se haga efectiva la primera prima del seguro.  
 En caso de que el asegurado carezca de número de Identificación de Extranjeros, se compromete a aportarlo a MAPFRE FAMILIAR una vez lo tenga en su poder.

Firma del ASEGURADO TITULAR

En.....a.....de.....de.....

# EXTRACTO DE CLÁUSULAS GENERALES, LIMITATIVAS Y EXCLUSIÓN DE LOS DERECHOS DE LOS ASEGURADOS DEL SEGURO CAJA SALUD FAMILIAR Y MEDISALUD

En esta extracto figuran las cláusulas limitativas y de exclusión de los derechos de los asegurados, que han sido lidas y aceptadas expresamente por el Tomador, lo que se acredita mediante su firma en el presente documento.

## CAJA SALUD FAMILIAR

### LIMITACIONES GENERALES A TODAS LAS GARANTÍAS

El Asegurador no se hace cargo de los honorarios que correspondan a facultativos o centros hospitalarios ajenos a su cuadro médico no incluidos en la Guía Médica Asistencial vigente. No tendrá derecho a prestaciones sanitarias posteriores aunque tengan su origen en enfermedades o accidentes anteriores a la fecha de edición de la póliza.

**OBJETO DEL SEGURO [Art. 2º]** En ningún caso podrán concederse indemnizaciones optativas en metálico en sustitución de la prestación de servicios de asistencia sanitaria.

### LIMITACIONES Y EXCLUSIONES POR GARANTÍAS [Art. 3º]

**ASISTENCIA PRIMARIA.** El servicio de hospitalización o domicilio prepara la autorización previa y comprende la atención por médico general. Por el personal de enfermería solo se aplicarán inyectables, sueroterapia, sondajes y curas. El servicio de ambulancia requerirá orden facultativa por escrito. Servicios no cubiertos: productos farmacéuticos, vacunas, jeringuillas, empajadores, aparatos ortopédicos, monitorizaciones, aparatos de rehabilitación pasiva y en general cualquier producto o asistencia utilizado con fines sociales. **ASISTENCIA ESPECIALIZADA.** Servicios no cubiertos: La educación para el lenguaje, salvo en patología orgánica de base; la educación, terapia y rehabilitación especial en enfermos con afectación psicomotora en procesos congénitos o adquiridos y la terapia de mantenimiento y ocupacional. Los test psicológicos, psicoanálisis, hipnosis, así como la rehabilitación psicoanalítica o neuropsicológica, psicología y neuroleptia ambulatoria. Los tratamientos experimentales y las medicinas alternativas, como organometría, espuratura, homeopatía y similares y los tratamientos cosméticos y estéticos. La ortesis y prótesis ópticas, auditivas, miembros u órganos artificiales (extremidades ortopédicas, prótesis de ojo, de pene, testículo y de mama), D.U.U. (salvo en los programas de medicina preventiva), y en general, cualquier aparato ortopédico como sillas de ruedas, barras ortopédicas, cojines anticáscaras, empajadores, corsets ortopédicos, collares cervicales, bastones de apoyo, aparatos de rehabilitación pasiva, así como los gastos de mantenimiento y reposición y los productos farmacéuticos, vacunas y jeringuillas. La hipertermia prostática, tratamientos con cámara hiperbárica, rehabilitación del suelo pélvico, terapia fotodinámica y cualquier técnica novedosa o de nueva implantación no incluido en la presente póliza. En fisioterapia, el CPAP, BIPAP y los monitores de APNEA. En odontostomatología la periodoncia, endodoncia, los empastes, la ortodoncia, las prótesis dentales y los implantes.

**HOSPITALIZACIÓN.** Será necesaria autorización previa de al menos 48 horas. En todas las parámetros hospitalarios. Únicamente se cubrirán los honorarios de los profesionales, concertados que intervengan en la hospitalización siempre que exista indicación médica y el centro disponga de los medios técnicos y profesionales que lo permitan. Servicios no cubiertos: Los servicios hosteleros y sociales, comidas del acompañante, servicio privado de enfermería, habitaciones tipo suites y la cama de acompañante en unidades especiales; los trasladados para tratamientos de rehabilitación o enfermedades crónicas y los gastos de desplazamiento originados por estar fuera de la localidad del asegurado o centros médicos y hospitalarios. Existe un límite de 60 días por asegurado y año en unidades especiales de lesionados raquimédulas. En la hospitalización quirúrgica. Servicios no cubiertos: la cirugía y los tratamientos de estética en general, tratamiento de la esclerosis venosa, rinoplastias, cirugía reductora y reconstrucción de la mama salvo después de mastectomía por cáncer de la mama afectada, tratamientos cosméticos y de la alopecia androgénica, la cirugía de la obesidad, la cirugía reconstructiva de técnicas antioceptivas previas, la cirugía de la transexualidad, el diagnóstico y el tratamiento quirúrgico de la impotencia ocular y la cirugía estereotáxica del parónquino y el coste de los implantes coxales. En la hospitalización médica. Servicios no cubiertos: los internamientos para curas de reposo o adelgazamiento, las estancias en residencias asistidas, geriátricas, los tratamientos en balnearios. En la hospitalización pediátrica. Servicios no cubiertos: la hospitalización en procesos psiquiátricos crónicos; test psicológicos, psicoanálisis, hipnosis, psicoterapia, psicología y neuroleptia. Existe un límite de 60 días por asegurado/año en afectados por procesos agudos o crónicos resiquiados.

**TRATAMIENTOS Y SERVICIOS ESPECIALES.** Solo se llevarán a cabo por los facultativos y en los centros médicos y hospitalarios designados por la Entidad que no necesariamente estarán ubicados en la provincia del domicilio del Asegurado. Tratamientos de psicoterapia breve o terapia focal, previa autorización de la Compañía, siempre debe estar presente por un psiquiatra del cuadro asistencial de Mapfre Familiar y como tratamiento complementario a patologías psiquiátricas, con un máximo de 20 sesiones/año/asegurado. Existirá una franquicia a cargo del Asegurado que se recoge en el Anexo 1 de estas Condiciones Generales. Dicho coste se revisará anualmente y podrá variar en función de las modificaciones de los costes asistenciales. **MEDICINA PREVENTIVA.** Servicios no cubiertos: el coste de las vacunas; estudios genéticos; técnicas de recuperación postparto y con un límite de 15 horas para las técnicas de preparación al parto; rehabilitación cardiaca con 30 sesiones por paciente. Detección Precoz y Tratamiento de la Sordera en Niños menores de 7 años, siempre que en el momento de su nacimiento la madre o el padre tuviera una antigüedad en póliza superior a 10 meses, con un máximo de 20 sesiones/año de logopedia.

**REPRODUCCIÓN ASISTIDA.** Será necesario que ambos miembros de la pareja sean asegurados de esta póliza, que ninguno de ellos haya sido sometido a cirugía antioceptiva, que se haya confirmado el diagnóstico de esterilidad de uno de los miembros, que no hayan cumplido la edad de 40 años y que no hayan tenido descendencia. La cobertura alcanza a dos intentos de inseminación artificial y un intento de fecundación in vitro. Servicios no cubiertos: la congelación/descongelación de embriones y espermia, así como los gastos de donación de ovocitos y espermia. En el caso de técnicas ICSSY o micro inyección espermática existe franquicia a cargo del asegurado. **POCOLOGÍA.** máximo 4 sesiones de quimioterapia/año. **TRASPLANTES DE ORGANOS:** sólo trasplante de córnea, corazón, hígado, riñón, pulmón, páncreas y médula ósea. Queda excluida la gestión y los gastos derivados de su obtención. **PRÓTESIS E IMPLANTES:** exclusivamente los recogidos en el Catálogo de Prótesis e Implantes del Anexo I de las Condiciones Generales, autorizados previamente por el Asegurador, y hasta el límite de reembolso fijado en dicho Anexo. Se excluyen los injertos osteocondutores, osteocondutores y los odulares. **OSTEOPATÍA.** Máximo 6 sesiones por asegurado/año. Existe una franquicia a cargo del Asegurado que se recoge en el Anexo I. **RED HOSPITALARIA EN ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA.** Exclusivamente el 60 por ciento de los gastos médicos y hospitalarios, previo abono de la factura.

**PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN EL COSTE DE LOS SERVICIOS.** Según se indica en el Anexo I de las Condiciones Generales. Dicho importe se revisará anualmente y podrá variar en función de las modificaciones de los costes asistenciales. **PERIODOS DE CARENDA.** Para determinadas prestaciones, será necesario que los primeros síntomas se produzcan una vez transcurridos los siguientes periodos de carencia: **CARENDA DE 6 MESES:** en caso de intervenciones quirúrgicas en régimen ambulatorio o de internamiento: hospitalización de cualquier tipo; resonancia magnética PET, gammagrafía, radiología vesicular e intervencionista; poleomnografía, TAC coronario, diálisis, ictorias extracorpóreas urológicas, oncología médica o radioterapia; resto de tratamientos y servicios especiales; las garantías de segundo diagnóstico, acceso a la red hospitalaria de E.E.U.U. y Rehabilitación; Consulta/Tratamiento de Osteopatía, Consulta/Tratamientos de psicoterapia breve o terapia focal. **CARENDA DE 6 MESES:** asistencia e embarazo, parto o cesárea. **CARENDA DE 24 MESES:** adopción nacional e internacional. (El inicio de los trámites de adopción deberá haberse solicitado una vez transcurrido el periodo de carencia indicado desde el alta del asegurado en póliza). **CARENDA DE 48 MESES:** estudio de la esterilidad y tratamiento mediante técnicas de reproducción asistida. El periodo de carencia se aplicará con relación al alta más reciente de los miembros de la pareja sino han contratado en la misma fecha. **EXCLUSIONES GENERALES [Art. 5º]** Se excluyen de las coberturas de la póliza los riesgos que se indican a continuación.

Salvo autorización expresa de MAPFRE FAMILIAR queda en todo caso excluida la asistencia sanitaria prestada por médicos, servicios o centros no concertados con MAPFRE FAMILIAR, los gastos médicos u hospitalarios ocasionados por servicios que dichos facultativos pudieran ordenar, así como el reembolso de dichos gastos o cualquier otro tipo de indemnización. La asistencia sanitaria a toda clase de enfermedades, defectos y malformaciones congénitas y manifestadas antes de la fecha de efecto del alta de cada Asegurado en la póliza o durante los periodos de carencia estipulados; las secuelas producidas por ellas, así como los defectos de nacimiento y las enfermedades congénitas, salvo que hubieran sido aceptadas por el Asegurador en las Condiciones Particulares de la póliza. Accidentes producidos con anterioridad a la entrada en vigor de la póliza.

La asistencia sanitaria resultante de la participación del Asegurado en carreras o apuestas y los derivados de la práctica como profesional de cualquier deporte, así como de la práctica como aficionado en actividades aéreas, subacuáticas con uso de pulmón artificial, boxeo, escajada, carreras de vehículos de motor, incluidos los entrenamientos, , espeleología, tonto, empujamiento de reses y cualquier otra actividad de riesgo análogo. La asistencia sanitaria derivada de la participación directa del Asegurado en actos delictivos, abortos, reventos o riffs, salvo que hubiere actuado en legítima defensa.

La asistencia sanitaria como consecuencia de tentativa de suicidio o autolegión, estando o no el Asegurado en uso de sus facultades mentales. La asistencia sanitaria derivada de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (SIDA) y el tratamiento del alcoholismo y de la drogadicción. La asistencia sanitaria en las enfermedades y accidentes que sean consecuencia de guerra civil o internacional (haya o no declaración de guerra), actos de terrorismo, insurrecciones, tumultos populares, movimientos sísmicos, inundaciones, huracanes, erupciones volcánicas, en sus consecuencias directas o indirectas de la radiación nuclear o contaminación radioactiva, o cualquier otro fenómeno de carácter catastrófico o extraordinario, o acontecimientos que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como catástrofe o calamidad nacional, así como las epidemias declaradas oficialmente. Chequeos, exámenes médicos genéticos y estudios genéticos de carácter preventivo, excepto los incluidos en los programas de medicina preventiva.

El reembolso de los gastos ocasionados por la transmisión de un proceso de adopción nacional e internacional inicado con anterioridad a la fecha de efecto de esta garantía.

## MEDISALUD

### OBJETO Y EXTENSIÓN DEL SEGURO [Art. 2º]

Las coberturas de la póliza son válidas en todo el mundo, siempre que el domicilio habitual de residencia del Asegurado se encuentre en España. Si éste trasladara su domicilio fuera de España, se extinguirán automáticamente. No son asegurables las personas mayores de 85 años. No obstante, los Asegurados que alcanzaron esta edad durante la vigencia, tendrán derecho a prórroga hasta que cumplan 70 años.

### CONDICIONES GENERALES DE CADA GARANTÍA

**GASTOS MÉDICOS HOSPITALARIOS Y GASTOS HOSPITALARIOS CUBIERTOS.** Hasta el porcentaje y límite máximo de indemnización fijado en Condiciones Particulares. En todo caso, se entenderá como un ingreso referido a una misma estancia aquel que se debe a una misma causa o causas relacionadas con el ingreso anterior, incluyendo sus complicaciones. A estos efectos, será considerado como continuación del anterior y no como nueva estancia, GASTOS EXTRA-HOSPITALARIOS CUBIERTOS. Hasta el porcentaje y límite máximo de indemnización fijado en Condiciones Particulares. Se excluyen los productos farmacéuticos. No se cubren los gastos ocasionados por servicios médicos prestados a razón nacional, salvo Art. 7.7 de las Condiciones Generales. En los tratamientos de hemodíalisis o diálisis peritoneal, el Asegurador se hará cargo del coste del tratamiento en las unidades especiales que corresponden durante el periodo máximo de 1 año a contar desde la primera sesión en procedimientos de rehabilitación, en servicios no recomendados con el límite de 30 sesiones por año.

### EXCLUSIONES GENERALES [Art. 3º]

Las enfermedades congénitas y manifestadas antes de la entrada en vigor de la póliza o durante los periodos de carencia estipulados, las secuelas producidas por ellas, así como los defectos de nacimiento y las enfermedades congénitas, salvo que hubieran sido aceptadas expresamente por el Asegurador en las Condiciones Particulares de la póliza. Accidentes producidos con anterioridad a la entrada en vigor de esta póliza. - Los trastornos psicológicos, salvo los de base psiquiátrica y siempre que los tratamientos psicoterapéuticos sean prescritos por un psiquiatra, y realizados previo autorización de la Entidad en los Servicios Concertados a este fin. B SIDA y/o enfermedades asociadas al Virus HIV positivo; toxicomanía y alcoholismo. - El consumo por parte del Asegurado, de estupefacientes no prescritos médicamente o por la ingestión de bebidas alcohólicas. - Congelación/descongelación de embriones/espermia, así como los gastos de donación de ovocitos y espermia. - Los tratamientos para adelgazar, la cirugía de la obesidad, las curas de sueño o reposo y psicoanálisis, hipnosis, neuroleptia ambulatoria, psicología, test psicológicos, así como la rehabilitación psicoanalítica o neuropsicológica. - Costes de gafas, lentillas y aparatos auditivos, salvo implantes coxales y auditivos incluidos en el Programa de Detección precoz y Tratamiento de la Sordera en niños menores de 7 años y hasta el límite fijado en el Catálogo de Prótesis. - Las intervenciones y/o tratamientos por razones estéticas en general, y el tratamiento de la esclerosis venosa.

- Chequeos, exámenes médicos generales y estudios genéticos de carácter preventivo. - Aerosoles, oxigenoterapia, fisioterapia y rayos P.U.V.A salvo que se utilicen los servicios recomendados, así como CPAP, BIPAP, monitores de apnea, vacunas y tratamientos farmacológicos. - Injertos osteocondutores y osteocondutores, injertos odulares, las partes anatómicas ortopédicas y material ortopédico. - Las prótesis e implantes, excepto las recogidas en el Catálogo de Prótesis e Implantes del Anexo I de las Condiciones Generales y hasta el límite de reembolso fijado en dicho Anexo. - La participación del Asegurado en apuestas, desafíos y rifas, siempre que en este último caso no hubiere actuado en legítima defensa. También los que se derivan de suicidios y sus tentativas, así como la autolegión. - La práctica como profesional de cualquier deporte y la práctica como profesional o aficionado de actividades aéreas, subacuáticas con uso de pulmón artificial, boxeo, escajada, carreras de vehículos a motor incluidos los entrenamientos, espeleología, tonto, empujamiento de reses y cualquier otra actividad o deporte de riesgo análogo. - Actos de guerra (haya o no declaración de guerra), actos de terrorismo, insurrecciones, tumultos populares, movimientos sísmicos, terremotos, huracanes, erupciones volcánicas, consecuencias directas o indirectas de la radiación nuclear o contaminación radioactiva y otros hechos que sean declarados de carácter catastrófico o extraordinario, así como las epidemias declaradas oficialmente. - La educación para el lenguaje, salvo cuando haya patología orgánica de base, la educación, terapia y rehabilitación especial en enfermos con afectación psicomotora en procesos congénitos o adquiridos, así como la terapia de mantenimiento y ocupacional. - Las siguientes coberturas, salvo en los términos y condiciones del artículo 16º de las Condiciones Generales: las enfermedades psiquiátricas; tratamientos de psicoterapia breve o terapia focal, previa autorización de la Compañía, siempre debe estar presente por un psiquiatra y como tratamiento complementario a patologías psiquiátricas, con un máximo de 20 sesiones/año/asegurado. Existirá una franquicia a cargo del Asegurado que se recoge en el Anexo 1 de estas Condiciones Generales. Dicho coste se revisará anualmente y podrá variar en función de las modificaciones de los costes asistenciales; los tratamientos de podología; los empastes, endodoncias y demás tratamientos odontológicos; consulta/tratamiento de osteopatía; las esterilizaciones para ambos sexos, la fecundación "in vitro", la inseminación artificial, el estudio o tratamiento de la esterilidad, infertilidad programas de medicina preventiva (Detección Precoz y Tratamiento de la Sordera en Niños menores de 7 años y siempre que en el momento de su nacimiento la madre o el padre tuviera una antigüedad en póliza superior a 10 meses, con un máximo de 20 sesiones/año de logopedia.

El reembolso de los gastos ocasionados por la transmisión de un proceso de adopción nacional e internacional inicado con anterioridad a la fecha de efecto de esta garantía.

**PERIODOS DE CARENDA [Art. 3º]** Para determinadas prestaciones/prestaciones/reembolsos, será necesario que los primeros síntomas se produzcan una vez transcurridos los siguientes periodos de carencia: En caso de enfermedad que requiera intervención quirúrgica y/o tratamiento de radioterapia, quimioterapia, hemodíalisis y diálisis, los primeros síntomas deben producirse una vez transcurridos 6 meses desde la fecha de inclusión del Asegurado en la póliza, salvo urgencia extrema o vital.

Los gastos generados por embarazo, parto, aborto, los exámenes, genotipos y amniocentesis, se cubrirán una vez transcurridos 6 meses desde la fecha de alta en la póliza. Los servicios de: isotopos radioactivos, medicina nuclear, hemodinámica, polisomnografía, PET, resonancia nuclear magnética y rehabilitación, Consulta, tratamientos de osteopatía, Consulta/Tratamientos de Psicoterapia breve o terapia focal, así como la preparación al parto se cubrirán una vez transcurridos 6 meses desde la fecha de inclusión del Asegurado en la póliza. El estudio de la esterilidad y tratamiento mediante técnicas de reproducción asistida se cubrirán una vez transcurridos 48 meses desde el alta más reciente de los miembros de la pareja, sino han contratado en la misma fecha. Para el reembolso por Adopción nacional e internacional el inicio de los trámites de adopción debe haberse solicitado 24 meses después de la fecha de alta del Asegurado en la póliza.

## CAJA SALUD FAMILIAR Y MEDISALUD

### PAGO DE LA PRIMA DEL SEGURO

Para el caso de prórroga íntegra del contrato, la prima de los periodos sucesivos será la que resulte de aplicar las tarifas de primas fundamentadas en los cálculos técnico-actuariales realizados para actualizar los costes de los servicios asistenciales, la frecuencia de la utilización de tales servicios y, en su caso, la incorporación a la póliza de las innovaciones tecnológicas de nueva aparición. Además, en cada año la prima se actualizará de acuerdo con los factores de riesgo que el Asegurador tenga establecidos a la fecha de renovación. Si se produjera un siniestro durante el transcurso del periodo de gracia, el Asegurador podrá deducir del importe a indemnizar el de la prima adeudada para el periodo en curso. No serán indemnizables los siniestros que se produzcan cuando las coberturas se encuentran suspendidas. Si durante la vigencia del seguro se produjera el desparejo del interés asegurado, la Entidad tendrá el derecho de hacer sus la prima no consumida.

### CLÁUSULA GENERAL DE TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

El tomador del seguro autoriza el tratamiento de los datos personales suministrados voluntariamente a través del presente documento y durante la vigencia del contrato, la actualización de los mismos y los que se obtengan mediante grabación de conversaciones telefónicas con motivo del desarrollo del contrato, para: a) El cumplimiento del propio contrato de seguro; o la realización de estudios estadísticos y control de calidad; o Remitirle información, incluso por vía electrónica, sobre productos y servicios, ofertas, promociones, obsequios y campañas de fidelización de MAPFRE FAMILIAR y de las distintas entidades del Grupo MAPFRE (www.mapfre.com) incluso una vez extinguida la relación contractual existente. Realizar análisis de siniestralidad, o la prevención del fraude en la selección del riesgo y en la gestión de siniestros, o Gestión de otras solicitudes, o contratos de seguro de cualquiera de las distintas entidades del Grupo MAPFRE (www.mapfre.com). Asimismo, acepta que sus datos puedan ser cedidos, exclusivamente para las finalidades indicadas anteriormente, a otras entidades aseguradoras, reaseguradoras, financieras, inmobiliarias o sanitarias del Grupo MAPFRE (www.mapfre.com) filiales y participadas, así como a otras personas físicas o jurídicas que, asimismo, desarrollen actividades de las referidas actividades y con las que las distintas entidades del Grupo MAPFRE concluyeran acuerdos de colaboración entre ellos tanto si se formalizase o no operación alguna como, en su caso, una vez extinguida la relación contractual existente; y a que sus datos, incluidos los de salud, puedan ser comunicados a los médicos, centros sanitarios, hospitales u otras instituciones o personas, con la finalidad de cumplir, desarrollar, controlar y evaluar la prestación sanitaria; el reembolso o indemnización garantizada en el contrato de seguro, solicitar o verificar de dichos prestadores sanitarios los causas que motivan las prestaciones, reembolsos o indemnizaciones y, en su caso, recabar los gastos, respetando, en todo caso, la legislación española sobre protección de datos de carácter personal y sin necesidad de que le sea comunicada cada primera sesión que se efectúe a los referidos cesionarios. Todos los datos son tratados con absoluta confidencialidad, no siendo accesibles a terceros por finalidades distintas para las que han sido autorizados. El fichero creado está ubicado en Edificio Mapfre 3 Carretera de Pozuelo nº 50, 28220, Majadahonda (Madrid), bajo la supervisión y control de MAPFRE FAMILIAR, quien asume la adopción de las medidas de seguridad de índole técnica y organizativa para proteger la confidencialidad e integridad de la información, de acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y demás legislación aplicable y ante quien el titular de los datos puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación mediante comunicación escrita dirigida a Carretera de Pozuelo nº 50, 28220, Majadahonda (Madrid) o a cualquier oficina de MAPFRE. - Vº. Puede morarse esta cesión en caso de oponerse al tratamiento y comunicación de los datos de carácter personal para las finalidades indicadas anteriormente distintas del cumplimiento de la relación contractual. En caso de que los datos facilitados se refieran a personas físicas distintas del tomador, éste deberá, con carácter previo a su inclusión en el presente documento, informarle de los extremos contenidos en los párrafos anteriores.

Recibí un ejemplar de las Condiciones Generales del seguro, así como copia del presente documento que he leído y acepto en su integridad.

### PÓLIZA Nº

Nombre y Apellidos del Tomador del Seguro

Firma: