



Nota informativa previa a la contratación del Seguro de Salud Especialistas

A continuación, ponemos a su disposición la nota informativa previa a la contratación del seguro de Salud Especialistas. La información que contiene puede ser concretada y ampliada en las Condiciones Generales de las Pólizas:
<https://www.lineadirecta.com/seguros-salud/condiciones-generales.html>

1. Denominación y domicilio social de La Aseguradora

LÍNEA DIRECTA ASEGURADORA, S.A.

C/ Isaac Newton nº 7
28760 Tres Cantos. Madrid
Clave: C0720

Inscrita en el Registro Mercantil de Madrid al tomo 7902, folio 41, sección 8ª, hoja nº M-127.697, Inscripción 1ª.

2. Nombre del producto

Seguro de Salud Especialistas.

3. Tipo de seguro

Es un Seguro de asistencia médica, en toda clase de enfermedades o lesiones que se encuentren comprendidas en el listado de garantías contratadas. Se prestará en los centros concertados a tal efecto, salvo que se tenga contratada la cobertura opcional de "Reembolso", únicamente para las especialidades de pediatría, ginecología y obstetricia.

4. Cuestionario de salud

Es la declaración de salud realizada por el Asegurado, validada o aceptada telefónica o electrónicamente en entorno seguro, antes de la formalización de la Póliza, que sirve a **La Aseguradora** para la valoración del riesgo que es objeto del seguro.

5. Descripción de las garantías ofrecidas

5.1. Coberturas Incluidas

- **Medicina primaria:**
 - Medicina General.
 - Pediatría y Puericultura: solo para menores de 15 años de edad.
 - Servicios de enfermería.
- **Especialidades médicas y quirúrgicas:** Asistencia sanitaria prestada en consulta:
 - Alergología.
 - Anestesiología.
 - Angiología y Cirugía Vascolar.
 - Aparato Digestivo.
 - Cardiología y Aparato Circulatorio.
 - Cirugía Cardiovascular.
 - Cirugía General y del Aparato Digestivo.



- Cirugía Oral y Maxilofacial.
 - Cirugía Pediátrica.
 - Cirugía Reparadora.
 - Cirugía Torácica.
 - Dermatología.
 - Endocrinología.
 - Geriátrica.
 - Hematología.
 - Inmunología.
 - Medicina Interna.
 - Medicina Nuclear.
 - Nefrología.
 - Neumología.
 - Neurocirugía.
 - Neurología.
 - Ginecología y Obstetricia.
 - Oftalmología.
 - Oncología Médica.
 - Oncología Radioterápica.
 - Otorrinolaringología.
 - Psiquiatría.
 - Rehabilitación.
 - Reumatología.
 - Traumatología y Ortopedia.
 - Urología.
- **Medios de diagnóstico simple:** análisis clínicos convencionales, anatomía patológica simple, pruebas simples de especialidades y radiodiagnóstico simple; tales como: electrocoagulación, angiografía, eco-doppler, Holter, Resonancia Magnética Nuclear (R.M.N.), etc.
 - **Tratamientos especiales básicos:** fisioterapia, podología, psicología y preparación al parto.
 - **Asistencia médica telefónica.**
 - **Telemedicina.**
 - **Segunda opinión médica por enfermedades graves.**
 - **Dental básico:** consultas, limpieza de boca, extracciones que no precisen cirugía y radiografías odontológicas. **Queda excluida la extracción de cordales (muelas del juicio) y las piezas dentales incluidas en las encías.**

5.2. Coberturas Opcionales

Las coberturas definidas en este apartado son opcionales por lo que habrán de ser contratadas de forma expresa y ser incluidas en las Condiciones Particulares.

- **Asistencia en el extranjero:** cubre la Asistencia en viaje, fuera del territorio español, como consecuencia de una enfermedad o accidente. Esta cobertura incluye entre otras prestaciones, los gastos médicos, farmacéuticos o de hospitalización, gastos odontológicos de urgencia, traslado sanitario o repatriación médica, envío de un médico especialista, envío de medicamentos, anticipo de fianzas por hospitalización **hasta el límite de 18.000 € por siniestro y Asegurado**, gastos de desplazamiento de un acompañante, gastos de estancia para acompañante del Asegurado hospitalizado, gastos de regreso por alta hospitalaria, retorno de menores, defensa jurídica y fianzas en el extranjero **hasta el límite de 1.000 € por siniestro y Asegurado.**
- **Dental Completo:** incluye los servicios y tratamientos de:
 - Cirugía oral.
 - Endodoncias.
 - Estética dental.
 - Implantología.
 - Obturaciones.
 - Odontología general.



- Ortodoncia invisible-invisaling.
- Ortodoncia.
- Patología articulación temporomandibular.
- Periodoncia.
- Programas preventivos para menores 15 años.
- Prótesis fijas.
- Prótesis removible.
- Radiología.
- Estética Facial.
- Odontología Infantil.
- Ortodoncia Lingual.

En las Condiciones Generales se recoge la lista de tratamientos cubiertos, detallando los servicios gratuitos y los que conllevan el pago de una Franquicia por parte del Asegurado.

- **Reembolso:** las garantías reembolsables son las siguientes, con los límites que figuran en Condiciones Particulares.
 - **Pediatría:** consultas.
 - **Ginecología y Obstetricia:**
 - Consultas.
 - Citología: **siempre y cuando sea en el mismo tiempo de consulta.**
 - Ecografía transvaginal: **siempre y cuando sea en el mismo tiempo de consulta.**

Las pruebas diagnósticas simples que se prescriban por profesionales fuera del Cuadro Médico, serán cubiertas previa autorización por **La Aseguradora** siempre que estén dentro de las garantías cubiertas y se realicen dentro del Cuadro Médico de **La Aseguradora**.

En relación con las prestaciones cubiertas en la garantía de Reembolso se establece el siguiente procedimiento de Reembolso:

1. **Modo de Reembolso:** **La Aseguradora** efectuará transferencia bancaria a la cuenta corriente facilitada por el Tomador o Asegurado, con los límites establecidos en Condiciones Particulares.
2. **Documentación necesaria:** El Asegurado deberá cumplimentar la correspondiente solicitud de reembolso, según modelo de **La Aseguradora**, a la que se acompañarán necesariamente copia de las facturas correspondientes, que deberán reunir los requisitos exigidos en cada momento por la normativa tributaria y, en todo caso, incluirán los datos identificativos de:
 - a. La persona física o jurídica que ha prestado el servicio (nombre y apellidos o denominación social, número de identificación fiscal, especialidad médica y número de colegiado).
 - b. El Asegurado objeto del servicio (nombre y apellidos) y
 - c. El Acto Médico prestado (descripción, fecha y coste).
3. En caso de que la **solicitud de reembolso se tramite por medios telemáticos**, el Tomador estará obligado a conservar las facturas originales a disposición de **La Aseguradora** durante un plazo mínimo de un año.
4. **Plazo de Reembolso:** **La Aseguradora**, una vez aceptado el siniestro, deberá efectuar el reembolso de los gastos al Tomador o Asegurado dentro de los 40 días siguientes a la recepción de la solicitud del reembolso.
5. **Plazo de presentación de facturas:** El Asegurado dispondrá de un plazo máxi-



mo de 3 meses desde la prestación del Acto Médico, para la presentación de las facturas correspondientes.

6. Prestaciones que en ningún caso son cubiertas por La Aseguradora

Quedan fuera de la cobertura de esta Póliza, sin perjuicio de cualquier otra exclusión debidamente resaltada que figuren en el Condicionado de esta Póliza, las asistencias sanitarias derivadas de los riesgos indicados a continuación:

1. Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.
2. Los gastos que deriven de enfermedades, lesiones, defectos constitucionales o congénitos, deformaciones estado o situación médica (como embarazo o gestación) preexistentes a la fecha de alta de cada asegurado que integre la Póliza, salvo que hayan sido declarados en el cuestionario de salud y el **La Aseguradora** haya aceptado expresamente su cobertura en las Condiciones Particulares.
3. Los derivados de siniestros cuya ocurrencia haya tenido lugar en el plazo de carencia establecido en el artículo 8 del Reglamento del Seguro de Riesgos Extraordinarios.
4. Los correspondientes a siniestros producidos antes del pago de la primera prima.
5. Los honorarios médicos, los gastos de pruebas complementarias, los gastos hospitalarios y tratamientos realizados por prescripción de facultativos ajenos al Cuadro Médico (incluidos centros y hospitales de la red del Sistema Nacional de Salud), excepto los prescritos por facultativos cuyas prestaciones queden expresamente incluidas en la Póliza a través de reembolso de gastos.
6. Los programas preventivos que no queden especificados en el condicionado.
7. La hospitalización de carácter socio-familiar, así como la hospitalización por enfermedad de larga duración por cuidados paliativos.
8. Enfermedades o accidentes derivados de guerras, actos terroristas o de carácter político y social, así como las epidemias declaradas oficialmente; aquellas que guarden relación con radiación nuclear o contaminación radiactiva, así como los derivados de los fenómenos naturales (terremotos, inundaciones, erupciones volcánicas y otros).
9. Todos los procedimientos diagnósticos, quirúrgicos o terapéuticos cuya seguridad y eficacia clínicas no estén debidamente contrastadas científicamente o que sean de aparición nueva, posterior a la firma de la presente Póliza; los procedimientos no universalizados, ni consolidados en la práctica clínica habitual, los que hayan quedado manifiestamente superados por otros disponibles y los procedimientos de carácter experimental o que no tengan suficientemente probada su contribución eficaz a la prevención, tratamiento o curación de las enfermedades.

Se considera, a efectos de la presente Póliza, que un procedimiento diagnós-



- tico, quirúrgico o terapéutico es seguro y eficaz cuando está aprobado por la Agencia Europea del Medicamento y/o la Agencia Española del Medicamentos y Productos Sanitarios.
10. Las que correspondan a honorarios por tratamientos o diagnósticos en balnearios, curas de reposo, residencias de tercera edad o similares, aun cuando hayan sido prescritas por un médico.
 11. Los gastos de desplazamiento para recibir asistencia en la misma o distinta provincia del Estado español o en el extranjero.
 12. La asistencia sanitaria derivada de la adicción o intoxicación por alcohol, drogas o psicofármacos.
 13. La asistencia sanitaria por la práctica profesional de cualquier deporte o competición deportiva, incluyendo a federados, al igual que la derivada de la práctica no profesional de cualquier deporte de riesgo o actividad manifiestamente peligrosa o de alto riesgo. Entendiendo por peligroso o alto riesgo: toreo, artes marciales, espeleología, submarinismo, escalada, puenting, parapente, paracaidismo, barranquismo, rafting, vuelo sin motor, boxeo, rugby, pruebas de velocidad con vehículos a motor o cualquier otra de similares características a las mencionadas.
 14. Las contingencias profesionales derivadas de la actividad laboral y profesional.
 15. La tentativa de suicidio o autolesión voluntaria, cualquier accidente causado por mala fe o intencionadamente por el Tomador o Asegurado, así como su participación en riñas o en actividades delictivas.
 16. Los derivados de la utilización de vehículos a motor que sean objeto de cobertura por el Seguro del Automóvil.
 17. Patologías o tratamientos no cubiertos, así como complicaciones que se deriven de éstos.
 18. Intervenciones, infiltraciones y tratamientos con puro carácter estético y cosmético, así como las complicaciones que se produzcan de las mismas, excepto la Reconstrucción de la mama afecta por cáncer de mama así como de la contralateral.
 19. Naturopatía, mesoterapia, hidroterapia u ozonoterapia.
 20. La asistencia sanitaria del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y de las enfermedades que del mismo se deriven.
 21. Los siguientes productos farmacéuticos:
 - Los que sean administrados al paciente fuera del régimen de hospitalización, o en Hospitalización de día.
 - Los productos de parafarmacia.
 - Los medicamentos no comercializados en España.
 - Los medicamentos y tratamientos que, aun siendo comercializados en España, no estén cubiertos por el Sistema Nacional de Salud.
 - Las terapias avanzadas (medicamentos de uso humano basado en genes, células y terapia celular y que incluyen productos de origen autólogo, alogénico o xenogénico).
 - Medicamentos citostáticos orales.



- Medicamentos citostáticos por vía parenteral, cuya comercialización no se encuentre autorizada en el mercado nacional y siempre que no se empleen de conformidad con las indicaciones de la ficha técnica del producto.
 - Tratamientos con plasma rico en plaquetas o factores de crecimiento.
 - Tratamientos con anticuerpos monoclonales.
22. Los tratamientos de reproducción asistida en cualquiera de sus formas.
23. La interrupción voluntaria del embarazo.
24. Las urgencias, únicamente en caso de tener contratado el Producto Especialistas y no tener contratada la garantía opcional de Urgencias.
25. Los gastos de transporte del asegurado al centro médico y de vuelta al punto de origen, no realizados por nuestra red de ambulancias.

Respecto a las exclusiones propias de cada garantía nos remitimos al Condicionado General.

6.1 Periodos de carencia

→ (Ver Tabla 1-Periodos de carencia)

7. Forma de cobro de la prestación

7.1. Reembolso

En caso de tener contratada la cobertura de Reembolso, el asegurado puede elegir

libremente a los profesionales que precisa según su criterio, sin necesidad de recurrir a un cuadro médico concertado. El Asegurado pagará el servicio sanitario recibido y **La Aseguradora** reembolsará el importe según el porcentaje pactado en la Póliza, mediante transferencia bancaria a la cuenta corriente facilitada por el Tomador o Asegurado.

7.2. Franquicias

Las franquicias dentales se abonarán directamente al proveedor del servicio dental.

El importe de las Franquicias dentales se encuentra publicado y actualizados en nuestra web:
<https://www.lineadirecta.com/seguros-salud/condiciones-generales.html>

7.3. Copagos

Los seguros de salud Vivaz pueden ser con copago o sin copago, en función de la opción seleccionada en la contratación.

Para el seguro Vivaz Especialistas existen dos modalidades:

- a. Copagos Fijos: Se podrá elegir entre distintos importes de copagos fijos.
- b. Copagos progresivos: Importe que se debe abonar cada vez que el Asegurado disfrute de las coberturas sujetas a copagos. Los copagos se empezarán abonar a partir del quinto acto, independientemente de la garantía (pruebas, consultas, etc.).

→ (Ver Tabla2 - Copagos)



8. Condiciones, plazos y vencimientos de las primas

8.1. Cuestiones Generales

La Póliza tendrá la duración pactada en las Condiciones Particulares. Si es de duración anual, a cada vencimiento se entenderá prorrogada por períodos iguales y sucesivos.

La prima es anual, pero puede pactarse el pago de la misma de manera fraccionada, con carácter mensual, trimestral, semestral o anual.

En caso de pactar el fraccionamiento, la prima conllevará un recargo del 6 %, 3 % y 1 % cuando el fraccionamiento sea mensual, trimestral o semestral, respectivamente.

Con independencia de que la prima se pague de manera fraccionada, el Tomador se obliga a pagar la totalidad del importe de la Prima que corresponda al plazo del Contrato.

Las primas se harán efectivas por el sistema de domiciliación bancaria, tarjeta de crédito, o cualquier otro medio que ambas partes admitan expresamente de común acuerdo y que se reflejará en las Condiciones Particulares de la Póliza.

8.2. Comunicación anual del vencimiento de las primas y actualizaciones

La Aseguradora podrá incrementar el importe de la prima en cada renovación anual. Dicha modificación será comunicada al tomador con al menos dos meses de antelación a la fecha de renovación.

EVOLUCIÓN ANUAL DE LA PRIMA: El importe de la misma, se calcula y actualiza anualmente en función de los factores que definen el riesgo soportado por **La Aseguradora**, teniendo en cuenta su historial de siniestralidad registrado en los precedentes periodos de seguro; las variaciones que se produzcan en los factores individuales de riesgo delimitados en las bases técnicas de la entidad, en función de los datos que nos ha facilitado en el cuestionario de contratación; la combinación de los mismos en base a modelos estadísticos; así como las variaciones en el índice de precios al consumo.

8.3. Condiciones de resolución y oposición a la prórroga

La Póliza tendrá la duración pactada en las Condiciones Particulares. Si es de duración anual, a cada vencimiento se entenderá prorrogada por períodos iguales y sucesivos.

Las partes pueden oponerse a la prórroga del contrato mediante una notificación escrita a la otra parte, efectuada con un plazo de, al menos, un mes de anticipación a la conclusión del período del seguro en curso cuando quien se oponga a la prórroga sea el Tomador, y de dos meses cuando sea **La Aseguradora**.

En todo caso, la presente Póliza de seguro se extinguirá:

- Al fallecimiento del Asegurado.
- Si al contratar el Tomador/Asegurado incurrió en dolo o culpa grave, o en caso de agravación del riesgo no lo comunicó a la Entidad Aseguradora, o actuó de mala fe.



- Si el Asegurado no emplea los medios a su alcance para limitar razonablemente los costes de la prestación, pudiendo perder el derecho a la misma si se comprueba que ha obrado con mala fe o abuso manifiesto.

8.4. Libertad de elección del prestador

El asegurado podrá elegir libremente el prestador de asistencia sanitaria siempre que se encuentre incluido en nuestro Cuadro Médico.

En el Cuadro Médico se establecen, los profesionales y establecimientos sanitarios concertados, los servicios de información y teléfonos de atención al Asegurado de todo el territorio nacional. Los profesionales y los centros que integran el Cuadro Médico actúan con plena independencia de criterio, autonomía y exclusiva responsabilidad en el ámbito de la prestación sanitaria que les es propia.

En la página web y en la app de **La Aseguradora** se encontrará en todo momento el cuadro médico actualizado.

Si se ha contratado la cobertura opcional de Reembolso, el asegurado podrá elegir libremente a los profesionales que precisa según su criterio, sin necesidad de recurrir a un cuadro médico concertado. El Asegurado pagará el servicio sanitario recibido y **La Aseguradora** reembolsará el importe según el porcentaje pactado en la Póliza.

9. Tributos repercutibles

Las primas están sujetas a la aplicación del recargo del 1,5 por mil, a favor del

Consortio de Compensación de Seguros que se cobra en el primer recibo de cada anualidad.

10. Instancias de reclamación

10.1. Línea Directa Aseguradora pone a disposición de sus asegurados un Departamento de quejas y Reclamaciones para plantear cualquier queja o reclamación relacionada con esta Póliza o con la tramitación de un siniestro, debiendo presentarse dicho escrito en la siguiente dirección:

LÍNEA DIRECTA ASEGURADORA, S.A.
Departamento de Quejas y Reclamaciones
Ronda de Europa, 7
28760 Tres Cantos. Madrid

Para más información sobre la presentación de quejas o reclamaciones puede consultar la página web.

10.2. Adicionalmente, podrá dirigirse en segunda instancia, y de manera gratuita, en relación con cualquier circunstancia derivada del contrato del seguro, al Defensor del Cliente mediante las siguientes direcciones:

Apartado de correos nº 203
28760 Tres Cantos. Madrid
E-mail: defensor@lineadirecta.es

10.3. Tanto el Departamento de Quejas y Reclamaciones, como el Defensor del Cliente acusarán recibo de las reclamaciones, que serán resueltas conforme a Derecho y en el plazo de un mes su interposición. **La Aseguradora** quedará vinculada por las decisiones del Defensor del



Cliente, siempre que el capital reclamado no exceda de 60.101,21 €.

10.4. Si el asegurado no estuviera conforme con la solución dada a su reclamación, podrá dirigirse al Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, en cuya página web encontrará las direcciones y teléfonos actualizados.

11. Legislación aplicable

Esta Póliza se rige por la Ley 50/1980, de 8 de octubre de Contrato de Seguro, por la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, y su Reglamento de Desarrollo (Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras reaseguradoras, por la Ley 22/2007 de 11 de julio, sobre comercialización a distancia de servicios financieros destinados a los consumidores, la Ley 26/2006, de 17 de julio, de mediación de seguros y reaseguros privados, y por lo convenido en la propia Póliza y por las normas que en el futuro sustituyan o modifiquen a las enumeradas o puedan resultar de aplicación. El control de la actividad de **La Aseguradora** corresponde en España al Ministerio de Economía a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

12. Régimen fiscal

Las primas de seguro de salud están exentas del Impuesto Sobre Primas de Seguro (IPS), con excepción de aquella parte de la prima, en su caso, destinada a cubrir garantías de Asistencia en Viaje.

Serán de aplicación las deducciones vigentes en IRPF y en el impuesto de sociedades, así como la no consideración de retribución en especie para empleados, de acuerdo a los límites que marca la ley.



Tabla1 - Periodos de carencia

GARANTÍA	CARENCIAS (meses)
Medios diagnósticos simples	
Pruebas simples de especialidades	
Angiografía	6
Eco-doppler	6
Ergometría	6
Holter	6
Neurocirugía y neurofisiología	6
Radiodiagnóstico simple	
R.M.N. simples	6
T.C. simples	6
Tratamientos especiales básicos	
Preparación al parto	6
Psicología	3
Fisioterapia	
Sesión	3
Litrocia traumatologica	3



Tabla2 - Copagos

GARANTÍA	COPAGO por acto médico				
	Copago F1	Copago F2	Copago P1	Copago Plus	Nivel de aplicación del copago
Medicina primaria					
Medicina General	5€	10€	5€	10€	Subgarantía
Pediatría y Puericultura	5€	10€	5€	15€	Subgarantía
Servicios de enfermería	5€	10€	5€	10€	Subgarantía
Especialidades médicas y quirúrgicas	5€	10€	5€	15€	Garantía
Medios diagnósticos simples					
Análisis clínicos convencionales	5€	10€	5€	30€	Subgarantía
Anatomía patológica simple	5€	10€	5€	10€	Subgarantía
Angiografía	20€	25€	20€	50€	Tipo de acto
Eco-doppler	20€	25€	20€	50€	Tipo de acto
Electrocardiograma	5€	10€	5€	10€	Tipo de acto
Electrocoagulación	5€	10€	5€	10€	Tipo de acto
Electroencefalograma	5€	10€	5€	30€	Tipo de acto
Ergometría	20€	25€	20€	50€	Tipo de acto
Holter	20€	25€	20€	50€	Tipo de acto
Radiología especial	5€	10€	5€	30€	Tipo de acto
Alergología y dermatología	5€	10€	5€	10€	Tipo de acto
Ginecología y obstetricia	5€	10€	5€	15€	Tipo de acto
Neumología	5€	10€	5€	15€	Tipo de acto
Neurología y neurofisiología	20€	25€	20€	50€	Tipo de acto
Oftalmología	5€	10€	5€	30€	Tipo de acto
Otorrinaringología	5€	10€	5€	15€	Tipo de acto
Otras pruebas de diagnóstico simples	5€	10€	5€	30€	Tipo de acto
Radiodiagnóstico simple					
Densitometría ósea	5€	10€	5€	30€	Tipo de acto



Ecografías simples	5€	10€	5€	15€	Tipo de acto
R.M.N. simples	20€	25€	20€	80€	Tipo de acto
Radiología simple	5€	10€	5€	10€	Tipo de acto
T.C. simples	20€	25€	20€	80€	Tipo de acto
Contrastes	5€	10€	5€	50€	Tipo de acto
Tratamientos especiales básicos					
Fisioterapia	5€	10€	5€	10€	Subgarantía
Podología	5€	10€	5€	10€	Subgarantía
Preparación al parto	20€	25€	20€	80€	Subgarantía
Psicología	5€	10€	5€	15€	Subgarantía
Segunda opinión médica por enfermedades graves	5€	10€	5€	15€	Garantía

