

1. Suma asegurada

La Aseguradora abonará, en concepto de **reembolso de gastos** por la asistencia sanitaria cubierta por la póliza, una cantidad equivalente al **80 %** de dichos gastos, con un **máximo de 150.000 € por Asegurado y anualidad de seguro**.

Esta cantidad constituye la suma asegurada prevista en las cláusulas descriptivas de cobertura 1 y 6 de las condiciones generales.

Proporcionalidad

- Si se producen altas de asegurados después de la fecha de efecto, la suma asegurada del primer año será proporcional a la fracción de año contratada.
- Lo mismo se aplica en el año en que se extinga la póliza si la extinción es anterior a la fecha de vencimiento.

2. Límites especiales de reembolso

El reembolso no podrá superar los siguientes límites por tipo de asistencia:

2.1. Asistencia ambulatoria

1.1. Honorarios médicos en medicina primaria/familiar y médicos especialistas Límite: 40.000 € anuales

En esta cantidad están incluidas **todas** las pruebas diagnósticas y actos terapéuticos realizados en la consulta por el propio especialista que establece el diagnóstico y tratamiento.

2.2. Asistencia hospitalaria

2.1. Honorarios médicos en caso de intervención quirúrgica La intervención se catalogará según la clasificación oficial del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. **Límite total** (cirujanos, ayudantes, anestesistas y demás profesionales): **40.000 € anuales**.

2.2. Honorarios médicos cuando no exista intervención quirúrgica
Gastos razonables y acostumbrados.

2.3. Prótesis Límite: 3.500 € por Asegurado y anualidad de seguro.

2.4. Otros gastos hospitalarios

- Gastos de estancia y otros gastos hospitalarios: **1.000 € por día** de hospitalización.
- En UCI: **1.300 € por día**.
- Hospital de día: **500 € por cada tratamiento**.

Estas cantidades incluyen todos los conceptos sanitarios derivados de la hospitalización, **excepto** los honorarios médicos.

2.5. Trasplantes Límites máximos por tipo de trasplante (incluye todos los gastos: hospitalarios, honorarios médicos y cualquier otro gasto sanitario derivado):

Órgano	Límite anual
Pulmón	150.000 €
Hígado	150.000 €
Corazón	150.000 €
Médula ósea	150.000 €
Riñón	150.000 €
Córnea	10.000 €

2.3. Asistencia por maternidad

Límite total (parto normal o cesárea, incluyendo puerperio): **5.000 € anuales**.

Incluye: ingreso, internamiento, visitas hospitalarias, pruebas diagnósticas, honorarios del tocólogo, matrona, ayudantes, anestesia y todos los gastos hospitalarios.

Si la Asegurada es hospitalizada en un centro del cuadro médico pero el tocólogo es ajeno al cuadro, la aseguradora asume la totalidad del gasto hospitalario (modalidad II) y reembolsa honorarios hasta el máximo de 5.000 €.

2.4. Enfermedades congénitas del recién nacido

Se cubre únicamente durante el **primer año de vida** del recién nacido.

Límite máximo (todos los conceptos): **8.000 €**.

2.5. Tratamientos especiales

Gastos razonables y acostumbrados.

2.6. Otras prestaciones

Límites anuales específicos:

Prestación	Límite anual
Odontología (solo prestaciones cubiertas según cláusulas 4 y 5 de condiciones generales)	365 €
Rehabilitación y fisioterapia	1.500 €
Psicoterapia (límite de 20 sesiones)	1.500 €
Psicoterapia (límite de 40 sesiones en trastornos alimentarios)	3.000 €
Ambulancia	1.200 €
Podología	200 €
Preparación al parto	100 €