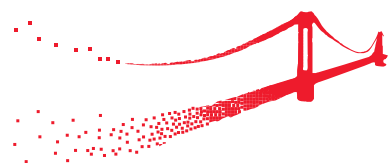


MARZO 2009

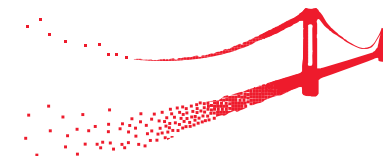


SEGURO DE ASISTENCIA SANITARIA

## CAJA SALUD FAMILIAR

Oferta exclusiva para afiliados y trabajadores del Sindicato de Funcionarios CSI-CSIF

Teléfono de información: 902 20 40 60  
[www.mapfre.com](http://www.mapfre.com)



## CAJA SALUD FAMILIAR

Es el seguro de asistencia sanitaria que te ofrece MAPFRE, que te garantiza asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria a través de nuestros servicios concertados, más de 32.000 profesionales y 400 centros sanitarios, que puedes consultar en [www.mapfre.com](http://www.mapfre.com)

Ponemos a tu disposición los medios de diagnóstico y procedimientos terapéuticos más avanzados.

### COMPRUEBA TÚ MISMO LAS GARANTÍAS A LAS QUE PODRÁS ACCEDER:

- Asistencia primaria.
- Asistencia especializada.
- Asistencia hospitalaria.
- Segundo diagnóstico y acceso a la red hospitalaria de EE.UU.
- Once programas de medicina preventiva y rehabilitadora.
- Reproducción asistida\*.
- Tratamiento podológico.
- Trasplante de órganos.
- Prótesis e implantes\*.
- Tratamiento de la psicoterapia.
- Cirugía refractiva de la miopía, astigmatismo y de la hipermetropía según sistema de franquicia.
- Conservación de las células madre del cordón umbilical (SCU).
- Adopción nacional e internacional.

### ADEMÁS TE OFRECEMOS:

- **Garantía bucodental.** Asistencia odontológica completa gratuita, salvo ortodoncia, para menores de 15 años. Franquicias reducidas y servicios básicos gratuitos (consultas, Rx, limpieza de boca y extracciones simples) para mayores de 15 años.
- **Seguro de accidentes.**
- **Asistencia urgente en el extranjero y traslados en el territorio nacional.**
- **Orientación telefónica 24h.**

\* Según condiciones generales.



## OFERTA PARA AFILIADOS Y TRABAJADORES DEL SINDICATO DE FUNCIONARIOS CSI-CSIF Y SUS FAMILIARES DIRECTOS (CÓNYUGE E HIJOS)



<b>PRIMA ANUAL POR ASEGURADO (incluida garantía bucodental):</b>	de 0 a 65 años
Recibo único	<b>575,15€</b>
<b>PRIMA MENSUAL POR ASEGURADO (incluida garantía bucodental):</b>	de 0 a 65 años
Primer recibo	<b>49,51€</b>
Sucesivos	<b>47,95€</b>

- 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.
- Para la contratación es necesario aportar, junto con la solicitud, el documento identificativo de pertenencia al colectivo.

### 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 o ampliar información contacte con su agente de seguros MAPFRE, diríjase a cualquier oficina MAPFRE o llame al 902 20 40 60.

CD10

<b>BOLETÍN DE ADHESIÓN - SEGURO COLECTIVO CAJA SALUD FAMILIAR</b>					
N... de Póliza/Familia		Fecha Efecto			
<b>1. DATOS DEL SOLICITANTE</b>					
Nombre		N.I.F. _ / P.T.E. _			
Fecha de Nacimiento	Sexo	Estado Civil			
Domicilio					
Localidad		C.P.			
Provincia	Teléfono	N... Empleado	e-mail		
Domiciliación de recibos					
Forma de pago: Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Bimestral <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/>					
<b>2. DATOS DE LOS ASEGURADOS</b>					
ASEGURADO TITULAR		ASEGURADO 2	ASEGURADO 3	ASEGURADO 4	
Nombre					
Primer Apellido					
Segundo Apellido					
Sexo/ Fecha de Nacimiento					
N.I.F. <input type="checkbox"/> P.T.E. <input type="checkbox"/>					
Profesión					
<b>3. CUESTIONARIO DE SALUD (Contestar "SI" o "NO")</b>					
		Titular	Aseg. 2	Aseg. 3	Aseg. 4
Peso (kg.) y Estatura (cm.).....		/	/	/	/
1. ¿Padeces o has padecido alguna enfermedad crónica o has padecido 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.

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

Firma del ASEGURADO TITULAR

<b>Notas</b>	Control de Contratación
Subreprimas: Profesión _____ Enfermedad _____	

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

En este extracto figuran las cláusulas limitativas y de exclusión de los derechos de los asegurados, que han sido leídas 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 extinción de la póliza.

**OBJETO DEL SEGURO (Art. 2.º)** 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. 3.º)

**ASISTENCIA PRIMARIA.** El servicio de hospitalización a domicilio precisará la autorización previa y comprenderá 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, empapadores, 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 psicosocial o neuropsicológica, sofrología y narcolepsia ambulatoria. Los tratamientos experimentales y las medicinas alternativas, como organometría, acupuntura, homeopatía y similares y los tratamientos cosméticos y estéticos. La ortesis y prótesis ópticas, auditivas, miembros u órganos artificiales (extremidades ortopédicas, prótesis del ojo, de pene, testículo y de mama), D.I.U. (salvo en los programas de medicina preventiva), y en general, cualquier aparato ortopédico como sillas de ruedas, camas ortopédicas, colchones antiescaras, empapadores, corsés ortopédicos, collarines cervicales, bastones de apoyo, aparatos de rehabilitación pasiva, así como los gastos de mantenimiento y reparación 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 ventiloterapia, 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 garantías hospitalarias:** 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 traslados para tratamientos de rehabilitación o enfermedades crónicas y los gastos de desplazamiento originados por asistir fuera de la localidad del asegurado a centros médicos y hospitales. Existe un límite de 60 días por asegurado y año en unidades especiales de lesionados raquimedulares. **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 reconstructora 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 anticonceptivas previas, la cirugía de la transexualidad; el diagnóstico y el tratamiento quirúrgico de la impotencia coeundi y la cirugía estereotáxica del parkinson y el coste de los implantes cocleares. **En la hospitalización médica:** Servicios no cubiertos: los internamientos para curas de reposo o adelgazamiento, las estancias en residencias asistidas, geriátricos, los tratamientos en balnearios. En la hospitalización psiquiátrica: Servicios no cubiertos: la hospitalización en procesos psiquiátricos crónicos; test psicológicos, psicoanálisis, hipnosis, psicoterapia, sofrología y narcolepsia. Existe un límite de 60 días por asegurado/año en afectados por procesos agudos o crónicos reagudizados.

**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 prescrito 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 éstas 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 3 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 anticonceptiva, 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 esperma, así como los gastos de donación de ovocitos y esperma. En el caso de técnicas ICSY o micro inyección espermática existe franquicia a cargo del asegurado. **PODLOGÍA:** máximo 4 sesiones de quiropodia al año. **TRASPLANTES DE ÓRGANOS:** sólo trasplantes 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 la Aseguradora, y hasta el límite de reembolso fijado en dicho Anexo. Se excluyen los injertos osteoinductores, osteoconductores y los celulares. **OSTEOPATÍA:** Máximo 8 sesiones por asegurado y 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 CARENANCIA.** Para determinadas prestaciones, será necesario que los primeros síntomas se produzcan una vez transcurridos los siguientes periodos de carencia:

**CARENANCIA DE 6 MESES:** en caso de intervenciones quirúrgicas en régimen ambulatorio o de internamiento; hospitalización de cualquier tipo; resonancia magnética; PET, gammagrafía, radiología vascular e intervencionista, polisomnografía, Tac coronario, diálisis, litotricia extracorpórea urológica, oncología médica o radioterápica; 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.

**CARENANCIA DE 8 MESES:** asistencia a embarazo, parto o cesárea.

**CARENANCIA 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).

**CARENANCIA DE 48 MESES:** estudio de la esterilidad y tratamiento mediante técnicas de reproducción asistida. El período 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. 5.º).** 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 contraídas y manifestadas antes de la fecha de efecto del alta de cada Asegurado en la póliza o durante los períodos 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 las derivadas de la práctica como profesional de cualquier deporte, así como de la práctica como aficionado en actividades aéreas, submarinismo con uso de pulmón artificial, boxeo, escalada, carreras de vehículos de motor; incluidos los entrenamientos, espeleología, toreo, encierro de reses y cualquier otra actividad de riesgo análogo.

La asistencia sanitaria derivada de la participación directa del Asegurado en actos delictivos, alborotos, reyertas o riñas, salvo que hubiera actuado en legítima defensa.

La asistencia sanitaria como consecuencia de tentativa de suicidio o autolesión, 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 las 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. Cheques, exámenes médicos generales y estudios genéticos de carácter preventivo, excepto los incluidos en los programas de medicina preventiva.

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

#### PAGO DE LA PRIMA DEL SEGURO

Para el caso de prórroga tácita del contrato, la prima de los períodos 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 período en curso. No serán indemnizables los siniestros que se produzcan cuando las coberturas se encuentren suspendidas. Si durante la vigencia del seguro se produjera la desaparición del interés asegurado, la Entidad tendrá el derecho de hacer suya 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: o 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. o 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 cualesquiera de las referidas actividades y con las que las distintas entidades del Grupo MAPFRE concluyan acuerdos de colaboración todo ello 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 ejecutar la prestación sanitaria, el reembolso o indemnización garantizada en el contrato de seguro, solicitar o verificar de dichos prestadores sanitarios las causas que motivan las prestaciones, reembolsos o indemnizaciones y, en su caso, recobrar 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 cesión que se efectúe a los referidos cesionarios. Todos los datos son tratados con absoluta confidencialidad, no siendo accesibles a terceros para 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 52, 28220, Majadahonda (Madrid) o a cualquier oficina de MAPFRE. \_\_\_\_ Vd. Puede marcar esta casilla 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, informarles 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: