



CONDICIONES GENERALES

SALUD ABOGACÍA FAMILIA

ASISTENCIA PRIMARIA

ÍNDICE

SECCIÓN PRIMERA: BASES DEL CONTRATO

1. CLÁUSULA PRELIMINAR
2. QUEJAS Y RECLAMACIONES
3. OBJETO DEL SEGURO
4. FORMA DE PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS
5. PAGO DE PRIMAS
6. OBLIGACIONES, DEBERES Y FACULTADES DEL TOMADOR DEL SEGURO Y/O DEL ASEGURADO
7. OBLIGACIONES DE LA MUTUA
8. DURACIÓN DEL SEGURO
9. PERIODO DE CARENCIA
10. PÉRDIDA DE DERECHOS, RESCISIÓN E INDISPUTABILIDAD DEL CONTRATO
11. TRATAMIENTO DE LOS DATOS DE CARÁCTER PERSONAL
12. COMUNICACIONES
13. LEY Y JURISDICCIÓN
14. PRESCRIPCIÓN
15. ACTUALIZACIÓN ANUAL DE LAS CONDICIONES ECONÓMICAS DE LA PÓLIZA
16. TARJETA SANITARIA

SECCIÓN SEGUNDA: CLÁUSULAS DESCRIPTIVAS DE LAS COBERTURAS

17. DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS
18. EXCLUSIONES

GLOSARIO DE TÉRMINOS

ANEXO I: PRESTACIONES QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN PREVIA

ANEXO II: PÓLIZA DE ASISTENCIA EN VIAJE EN EL EXTRANJERO

Condiciones Generales SALUD ABOGACÍA FAMILIA ASISTENCIA PRIMARIA

Esta póliza (la “Póliza”) se compone de los siguientes documentos: la Solicitud de Seguro, las declaraciones de salud de los asegurados, estas condiciones generales (las “Condiciones Generales”), las condiciones particulares (las “Condiciones Particulares”), sus anexos y, en su caso, los suplementos que se emitan que modifiquen los anteriores.

Estas Condiciones Generales están integradas por dos secciones: la sección primera, que trata las bases legales del contrato de seguro y la sección segunda, que recoge la descripción de las prestaciones y coberturas objeto de este contrato de seguro.

SECCIÓN PRIMERA: BASES DEL CONTRATO

1. CLÁUSULA PRELIMINAR

1.1. Entidad aseguradora y órgano de control de su actividad

Nueva Mutua Sanitaria del Servicio Médico, Mutua de Seguros a Prima Fija, con domicilio en Madrid, calle Villanueva, nº 14, cuarta planta, 28001, se encuentra inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, Tomo 29.864, Folio 40, Sección 8, Hoja M-537332 y provista de C.I.F. V-86444965 (en adelante, la “Mutua”) y en el Registro de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones: M-380. La Mutua se encuentra sujeta al control de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, dependiente del Ministerio de Economía, Industria y Competitividad.

1.2. Legislación Aplicable

Este contrato se rige por las siguientes normas:

- Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro (la “Ley de Contrato de Seguro”).
- Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras.

Asimismo, el contrato se rige por las demás disposiciones legales y reglamentarias españolas que le sean aplicables, por lo convenido en la propia Póliza y por las normas que en el futuro sustituyan o modifiquen a las enumeradas.

2. QUEJAS Y RECLAMACIONES

La Mutua, de conformidad con lo dispuesto en la legislación vigente, dispone de un Servicio de Atención al Cliente (SAC) al que pueden dirigirse los tomadores, asegurados, beneficiarios, o causahabientes de cualquiera de los anteriores para presentar cualesquiera quejas y reclamaciones relacionadas con esta Póliza, para lo cual la Mutua pondrá a disposición de éstos en sus oficinas impresos para la formulación de las mismas.

Las quejas o reclamaciones, que deberán formalizarse por escrito, habrán de dirigirse al SAC por cualquiera de los siguientes medios:

- Personalmente mediante su entrega en las oficinas de la Mutua
- Por correo postal remitido a la calle Villanueva, nº 14, cuarta planta, 28001 Madrid.

- Por correo electrónico a la dirección: sac@musasm.es

El SAC acusará recibo por escrito de las mismas y las resolverá de forma motivada y en el plazo máximo legal de dos meses, contados desde la fecha de presentación de la queja o reclamación.

Asimismo, podrán dirigirse por escrito, al Defensor del Cliente “D.A. Defensor, S.L.”, calle Velázquez 80, 1º Dcha., 28001 Madrid, teléfono 913 104 043, fax 913 084 991, e-mail reclamaciones@da-defensor.org.

En caso de disconformidad con lo resuelto por cualquiera de las instancias anteriores, o si no han obtenido respuesta en el plazo de dos meses, podrán interponer reclamación o queja ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones. Para ello deberán acreditar que ha transcurrido el plazo de dos meses desde la fecha de presentación de la reclamación o queja ante el SAC o el Defensor del Cliente, sin que estos hubieran resuelto, o cuando haya sido denegada la admisión o desestimada, total o parcialmente, su petición.

Sin perjuicio de las anteriores actuaciones, los interesados en todo caso podrán ejercitar las acciones que estimen oportunas ante la jurisdicción ordinaria.

3. OBJETO DEL SEGURO

La Mutua, dentro de los límites fijados en esta Póliza, cubre la asistencia médica en régimen de consulta ambulatoria comprendida en las especialidades que figuran en la descripción de las coberturas de la Póliza, previo cobro de la Prima correspondiente.

En el presente Seguro de Asistencia Sanitaria no se concederán indemnizaciones optativas en metálico, en sustitución de la prestación de asistencia sanitaria.

4. FORMA DE PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS

Dentro de los límites y condiciones estipulados en la Póliza y mediante el pago de la Prima correspondiente, la Mutua pone a disposición del Asegurado los proveedores de servicios sanitarios concertados incluidos en cada momento en el Cuadro Médico, de los que el Asegurado podrá solicitar la asistencia médica descrita en las coberturas..

No estarán cubiertos por esta Póliza los procedimientos asistenciales, consultas, medios diagnósticos o terapéuticos prescritos u ordenados por un facultativo aunque pertenezca al Cuadro Médico, mientras no estén incluidos en las prestaciones objeto de cobertura por esta Póliza.

4.1. A través del Cuadro Médico

La Mutua asume los gastos derivados de la asistencia sanitaria que presten los proveedores de servicios sanitarios debidamente autorizados e incluidos en cada momento en el Cuadro Médico, siempre que se trate de un siniestro objeto de cobertura bajo esta Póliza.

En ningún caso la Mutua hará frente al pago de una factura abonada directamente por el Asegurado a cualquier proveedor de servicios sanitarios, incluso en el caso de que se encuentre en el Cuadro Médico y la prestación sanitaria esté garantizada por esta Póliza.

La asistencia se prestará en todas las poblaciones donde la Mutua tenga proveedores de servicios sanitarios concertados, que estén incluidos en su Cuadro Médico. Los Asegurados podrán acudir libremente a las consultas de los facultativos especialistas y de Atención Primaria que forman parte del Cuadro Médico de la Mutua.

Al recibir los servicios que procedan, el Asegurado deberá exhibir la Tarjeta Sanitaria Personal de la Mutua. Igualmente, el Asegurado estará obligado a exhibir su Documento Nacional de Identidad, si le fuese requerido. **Cada vez que el Asegurado reciba un servicio cubierto por la Póliza, abonará, en los supuestos contemplados en las Condiciones Generales y Particulares, las cantidades que en ellas figuren en concepto de participación en el coste del servicio recibido (en adelante, los "Copagos"). Los Copagos serán repercutidos al Tomador o Asegurado en la misma cuenta bancaria donde figuren domiciliados los recibos de la prima.**

Con carácter general, será necesaria la **previa autorización expresa** de la Mutua para pruebas diagnósticas y servicios detallados en el **Anexo I, previa prescripción escrita de los facultativos del Cuadro Médico**. La Mutua otorgará esta autorización, **salvo que entendiéndose que se trata de una prestación no cubierta por la Póliza**. Dicha autorización vinculará económicamente a la Mutua, sin perjuicio de los Copagos que deba realizar el Tomador o Asegurado.

La Mutua se obliga a prestar los servicios a domicilio en aquellas poblaciones donde tenga proveedores de servicio sanitarios concertados y únicamente en la dirección que figura en la Póliza. Cualquier cambio de la misma habrá de ser notificado fehacientemente.

4.2. Urgencia

Los casos de urgencia vital serán atendidos en el centro más cercano al lugar en el que se encuentre el asegurado. Si se tratase de un centro público o privado ajeno al Cuadro Médico, la Mutua abonará al Asegurado, previa justificación, los gastos médico-asistenciales exclusivamente de carácter urgente. El Asegurado o, en su caso, sus familiares, deberán comunicar el siniestro a la Mutua por cualquier medio, en el plazo de las 72 horas siguientes a su ocurrencia. Siempre que la situación clínica del Asegurado lo permita, será trasladado a un centro del Cuadro Médico.

Asimismo, el Asegurado deberá remitir una descripción por escrito del siniestro a la Mutua dentro del plazo máximo de siete días desde la prestación de la asistencia de urgencia en un centro no incluido en el Cuadro Médico.

Una vez superada la urgencia: La Mutua no asumirá los honorarios de facultativos ajenos al Cuadro Médico, ni de los gastos de internamiento y de servicios que dichos facultativos pudieran ordenar. La Mutua tampoco se hace responsable de los gastos de internamiento ni de los servicios originados en centros privados o públicos no concertados con la Mutua, cualquiera que sea el facultativo prescriptor o realizador de éstos.

5. PAGO DE PRIMAS

5.1. El Tomador del Seguro está obligado al pago de la Prima, que se realizará por domiciliación bancaria, salvo pacto en contrario en las Condiciones Particulares.

5.2. **Para el pago mediante domiciliación bancaria, el Tomador facilitará a la Mutua los datos de la cuenta bancaria y dará, a su vez, la orden oportuna a la entidad financiera.**

5.3. Conforme al artículo 15 de la Ley de Contrato de Seguro, la primera Prima o fracción de ésta será exigible una vez suscrita la Póliza. Si la primera Prima o fracción no hubiera sido pagada por culpa del Tomador, la Mutua tiene derecho a resolver el Contrato o a exigir el pago en vía ejecutiva con base en la Póliza. En todo caso, si la primera Prima o fracción de ésta no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, la Mutua quedará liberada de su obligación, salvo pacto en contrario en las Condiciones Particulares.

5.4. Las Primas se entenderán satisfechas a su vencimiento salvo que, intentado el cobro dentro del mes siguiente a dicho vencimiento, no existiesen fondos suficientes para el pago. En caso de falta de pago de las Primas sucesivas o fracciones de ésta, la cobertura quedará suspendida un mes después del día del vencimiento del recibo, y si la Mutua no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes a dicho vencimiento, se entenderá que la Póliza queda extinguida. Si la Póliza no hubiera sido extinguida conforme a lo anterior, el Tomador podrá proceder al pago de la Prima dentro de los seis meses siguientes al día de vencimiento del recibo, en cuyo caso, la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el Tomador pague la Prima.

5.5. **El Tomador perderá el derecho al fraccionamiento de la Prima que se hubiera convenido en las Condiciones Particulares en caso de impago de cualquier recibo, y la Mutua podrá exigir desde ese momento la Prima total acordada para el periodo del seguro que reste hasta el siguiente vencimiento.**

5.6. **La Mutua sólo queda obligada en virtud de los recibos librados por sus representantes legalmente autorizados.**

En caso de extinción anticipada del contrato, la parte de Prima anual no consumida corresponderá a la Mutua.

6. OBLIGACIONES, DEBERES Y FACULTADES DEL TOMADOR DEL SEGURO Y/O DEL ASEGURADO

El Tomador del Seguro y, en su caso, el Asegurado, tienen las siguientes obligaciones:

a) Declarar a la Mutua, de acuerdo con el cuestionario que ésta, en su caso, le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo, así como aportar toda la documentación que se le requiera para tal fin. El Tomador quedará exonerado de esta obligación si la Mutua no le somete a cuestionario alguno o cuando, aún sometiéndoselo, se trate de circunstancias que, pudiendo influir en la valoración del riesgo, no estén comprendidas en él. En caso de reserva o inexactitud del Tomador o Asegurado en esta declaración, la Mutua podrá rescindir la Póliza mediante declaración dirigida al Tomador del seguro en el plazo de un mes, a contar desde la fecha en que ésta tuviera conocimiento de la reserva o inexactitud. Corresponderán a la Mutua, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las Primas relativas al período en curso en el momento en que haga esta declaración. Si el siniestro sobreviene antes de que la Mutua notifique la rescisión de la Póliza, la prestación de éste se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la Prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del

riesgo. Si medió dolo o culpa grave del Tomador del Seguro, la Mutua quedará liberada del pago de la prestación.

b) Comunicar a la Mutua, durante el curso del Contrato y tan pronto como le sea posible, la alteración de los factores y las circunstancias declaradas en el cuestionario previsto en el apartado anterior que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por la Mutua en el momento de la perfección del Contrato, no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas. El tomador o el Asegurado no tienen obligación de comunicar la variación de las circunstancias relativas al estado de salud del asegurado, que en ningún caso se considerarán agravación del riesgo.

La Mutua podrá, en un plazo de dos meses desde que la agravación sea declarada, proponer una modificación de la Póliza. En tal caso, el Tomador dispone de un plazo de quince días a contar desde la recepción de esta proposición para aceptarla o rechazarla. En caso de rechazo o silencio por parte del Tomador, la Mutua puede, transcurrido dicho plazo, rescindir la Póliza previa advertencia al Tomador, dándole para que conteste un nuevo plazo de quince días, transcurridos los cuales y dentro de los ocho días siguientes, comunicará al Tomador la rescisión definitiva. Igualmente, la Mutua podrá rescindir la Póliza comunicándolo por escrito al Asegurado en el plazo de un mes desde el día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo.

Si el siniestro se produjese antes de que el Asegurado comunicase la agravación del riesgo, la Mutua podrá reducir proporcionalmente la indemnización en los mismos términos que en el apartado anterior.

c) El Tomador o Asegurado podrán, durante la vigencia de la Póliza, poner en conocimiento de la Mutua todas las circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por ésta 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 le hubiera correspondido pagar, desde el momento de la puesta en conocimiento de la disminución del riesgo.

d) Comunicar a la Mutua, tan pronto como le sea posible, el cambio de domicilio del Asegurado que conste en las Condiciones Particulares.

e) Comunicar a la Mutua, tan pronto como le sea posible, las altas y bajas de asegurados que se produzcan durante la vigencia de la póliza. Por lo general, tomarán efecto las altas el día primero del mes siguiente a la fecha de la comunicación efectuada por el Tomador y las bajas el día 31 de diciembre de dicho año, salvo pacto en contrario recogido en las Condiciones Particulares, procediéndose a la adaptación del importe de la Prima a la nueva situación.

f) Aminorar las consecuencias del siniestro, empleando los medios a su alcance para el pronto restablecimiento. Si el incumplimiento se produjera con la manifiesta intención de perjudicar o engañar a la Mutua, ésta quedará liberada de toda prestación derivada del siniestro.

g) **Será obligación del Tomador y/o Asegurado utilizar los servicios de los proveedores asistenciales que se encuentren en alta en cada momento en el Cuadro Médico.** A estos efectos, podrán consultar el Cuadro Médico en la web de la Mutua o solicitarlo en sus oficinas .

h) El Asegurado deberá facilitar a la Mutua la subrogación en su posición frente al tercero responsable. El recobro obtenido se repartirá entre el asegurado y la Mutua en proporción a la participación de las partes en la prestación. **Asimismo, el Asegurado deberá abstenerse de realizar cualquier declaración o acción que pueda suponer una renuncia al derecho anteriormente mencionado, siendo responsable el Asegurado de los daños y perjuicios que sufra la Mutua como consecuencia de dichas declaraciones.**

Este derecho de subrogación no podrá ejercitarse contra el cónyuge del Asegurado ni contra otros familiares hasta el tercer grado civil de consanguinidad, padre adoptante o hijo adoptivo que convivan con el Asegurado, salvo dolo o responsabilidad amparada por un contrato de seguro hasta el límite de su alcance.

i) El Tomador del Seguro podrá reclamar a la Mutua, en el plazo de un mes desde la entrega de la Póliza, que se subsanen las divergencias existentes entre ésta y la proposición de Seguro o las cláusulas acordadas, según dispone el artículo 8 de la Ley de Contrato de Seguro. Si el Tomador no reclama a la Mutua en ese plazo, se estará a lo establecido en la Póliza.

7. OBLIGACIONES DE LA MUTUA

Además de prestar la asistencia contratada, la Mutua entregará al Tomador del seguro los documentos que integran la Póliza o, en su caso, el documento de cobertura provisional.

Igualmente entregará al Tomador la Tarjeta Sanitaria Personal correspondiente a cada uno de los Asegurados incluidos en la Póliza.

En el momento de suscribir la Póliza, la Mutua facilitará al Asegurado el Cuadro Médico correspondiente a su provincia de residencia.

El Cuadro Médico podrá ser actualizado anualmente por la Mutua, mediante el alta o baja de los facultativos, profesionales, centros hospitalarios y otros establecimientos que lo integran. En cada renovación la Mutua enviará al Asegurado el Cuadro Médico actualizado.

8. DURACIÓN DEL SEGURO

El seguro tendrá la duración prevista en las Condiciones Particulares y, a su vencimiento, se prorrogará tácitamente por periodos anuales, **siempre que el Tomador acepte la actualización de la Prima, del copago y de la franquicia propuesta, en su caso, por la Mutua.**

No obstante lo anterior, cualquiera de las Partes podrá oponerse a la prórroga mediante notificación escrita a la otra, efectuada con un plazo de, al menos, un mes de anticipación a la conclusión del periodo del seguro en curso cuando quien se oponga a la prórroga sea el tomador, y de dos meses cuando sea la Mutua.

Si el Tomador se hubiese opuesto a la prórroga con la antelación indicada en esta Cláusula, las coberturas

cesarán en todo caso en la fecha de vencimiento de la Prima del periodo de seguro en curso.

9. PERIODO DE CARENIA

Todas las prestaciones que en virtud de la Póliza asuma la Mutua, serán facilitadas desde el momento de entrada en vigor del Contrato. **No obstante, se exceptúan de este principio general los supuestos que a continuación se detallan, que tendrán los siguientes periodos de carencia:**

- Los tratamientos recogidos en el apartado Otros Servicios (Cláusula 17.5 de las Condiciones Generales), 180 días.
- En general, todas las pruebas diagnósticas que precisan autorización previa por parte de la Mutua y que así se encuentran descritas en el Anexo I Prestaciones que requieren autorización previa), 180 días.

Los periodos de carencia anteriormente citados no serán exigibles en el caso de accidentes cubiertos por la Póliza, o de enfermedades que precisan asistencia de urgencia.

10. PÉRDIDA DE DERECHOS, RESCISIÓN E INDISPUTABILIDAD DEL CONTRATO

10.1. El Asegurado pierde el derecho a la prestación garantizada en los siguientes casos:

- a) En caso de reserva o inexactitud al cumplimentar el cuestionario de estado de salud.
- b) En caso de que por mala fe el Tomador del Seguro o el Asegurado omitiesen la comunicación de la agravación del riesgo (según lo establecido en la cláusula 6 b).
- c) Si el siniestro sobreviene antes de que se haya pagado la primera Prima, salvo pacto en contrario.
- d) Cuando el siniestro se hubiese causado por mala fe del Asegurado.
- e) En el resto de casos previstos por las leyes.

10.2. El Tomador podrá rescindir el Contrato cuando el Cuadro Médico correspondiente a su provincia de residencia sufra una modificación que afecte al 50 por 100 de los especialistas, debiendo notificar tal decisión a la Mutua fehacientemente y por escrito. No será de aplicación esta norma cuando se trate de sustituciones transitorias, originadas por causa justificada, o se refiera a médicos de técnicas quirúrgicas especiales, así como a odontólogos, analistas y radiólogos.

10.3. Si se hubiere practicado reconocimiento médico o se hubiera reconocido plenitud de derechos, la Póliza será indisputable en cuanto al estado de salud del Asegurado, salvo dolo del Tomador del seguro o del Asegurado en la declaración del riesgo.

En otro caso, la Póliza será indisputable transcurrido UN AÑO desde el alta en el seguro de cada Asegurado, salvo que el Tomador y/o Asegurado hayan actuado con mala fe.

10.4. La declaración inexacta de edad sólo dará lugar a la rescisión de la Póliza si la edad real excediere de los límites de admisión establecidos por la Mutua.

En el supuesto en que, como consecuencia de una declaración inexacta del año de nacimiento, la Prima pagada hubiese sido inferior a la que correspondería haber pagado, el Tomador vendrá obligado a abonar a la Mutua la diferencia existente entre las cantidades efectivamente satisfechas a ésta en concepto de Prima y las que, de conformidad con las tarifas, le hubiere correspondido pagar según su verdadera edad por el periodo de seguro en curso. La Mutua podrá exigir al Tomador el pago de dicha diferencia en cualquier momento.

Si la Prima pagada hubiese sido superior a la que debería haberse abonado, la Mutua estará obligada a reintegrar al Tomador el importe correspondiente al exceso percibido.

11. TRATAMIENTO DE LOS DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

En el marco de la contratación de la presente póliza de seguro, los datos de carácter personal inherentes al Tomador, así como los datos de los Asegurados (incluidos datos de carácter sensible -tales como los datos de salud -) (los "Datos"), facilitados directamente por éstos a la Mutua para la ejecución de la póliza de seguro contratada, serán tratados e incorporados en ficheros titularidad de la Mutua con las siguientes finalidades:

- (i) la evaluación, ejecución y control de la póliza (lo que conllevará -entre otros- que la Mutua pueda comunicar los Datos a prestadores de servicios cuyo coste es objeto de cobertura y solicitarles asimismo información -incluidos datos personales, en su caso, de salud- sobre la causa que motiva la prestación);
- (ii) el cumplimiento de obligaciones legales;
- (iii) la liquidación de siniestros, la colaboración estadístico actuarial para permitir la tarificación y selección de riesgos, la elaboración de estudios de técnica aseguradora y la prevención del fraude, así como para su cesión a reaseguradores para la evaluación, desarrollo, cumplimiento, control y ejecución de tal relación contractual de reaseguro.
- (iv) poder darle a conocer los servicios o productos, ofertas o promociones especiales de la Mutua, así como campañas de medicina preventiva (por medios ordinarios, correo electrónico u otro medio de comunicación equivalente).

Con la contratación de esta póliza de seguro o la solicitud o la realización de cualesquiera prestaciones cuyo coste esté cubierto por ésta, el Tomador y los Asegurados consienten expresamente a que se realice el tratamiento de los Datos en los términos indicados en los apartados (i), (ii) y (iii) anteriores.

El tomador y/o asegurado podrá ejercitar en cualquier momento sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición del tratamiento de los Datos de los que es responsable la Mutua, remitiendo un escrito a su domicilio sito en c/ Villanueva, 14. 4ª planta, 28001 Madrid,

adjuntando a su solicitud copia legible de su DNI u otro documento que acredite oficialmente su identidad. En caso de oposición al tratamiento y cesión de los datos expuestos en el párrafo anterior, no podrán hacerse efectivas las prestaciones de la póliza durante el tiempo que dure dicha oposición, por carecer la entidad aseguradora de los datos necesarios para los fines propios del contrato de seguro.

12. COMUNICACIONES

Las comunicaciones a la Mutua por parte del Tomador del seguro o del Asegurado, se realizarán en el domicilio social de ésta que figura en la Póliza. No obstante, si dichas comunicaciones se realizan al agente representante de la Mutua que haya mediado en la Póliza, surtirán los mismos efectos que si se hubieran realizado directamente a ésta.

Las comunicaciones de la Mutua al Tomador o al Asegurado se realizarán en el domicilio de éstos recogido en la Póliza, o a aquél que se hubiera notificado a la Mutua en caso de producirse un cambio de domicilio.

13. LEY Y JURISDICCIÓN

Será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas de la Póliza el del domicilio del Asegurado.

La ley aplicable a los conflictos derivados de este contrato será la ley española.

14. PRESCRIPCIÓN

Las acciones que se deriven de esta Póliza prescribirán a los cinco años desde la fecha en que pudieron ejercitarse.

15. ACTUALIZACIÓN ANUAL DE LAS CONDICIONES ECONÓMICAS DE LA PÓLIZA

Las actualizaciones de las condiciones económicas de la Póliza en cada anualidad serán las siguientes:

15.1. La Mutua, en cada renovación, podrá actualizar el importe de las Primas, así como las franquicias y los importes de los Copagos.

Estas actualizaciones de Primas, franquicias y Copagos se realizarán en virtud de los criterios técnico-actuariales necesarios para determinar la incidencia del incremento del coste de los servicios sanitarios, el aumento de la frecuencia de las prestaciones cubiertas por la Póliza, la incorporación de innovaciones tecnológicas u otros hechos de similares consecuencias.

15.2. Además, en cada renovación, la Prima anual también podrá variar de acuerdo con los siguientes criterios: (i) la zona geográfica correspondiente al domicilio del Asegurado y (ii) la edad alcanzada por cada uno de los Asegurados. La Mutua aplicará la tarifa de Primas que tenga en vigor en la fecha de cada renovación.

Si el Asegurado cumple años durante la vigencia del Contrato, de forma que pase a estar comprendido en un grupo de edad diferente, la actualización de la Prima por este motivo se producirá en el siguiente vencimiento anual.

La Mutua notificará al Tomador, con dos meses de anticipación al vencimiento, estas actualizaciones, pudiendo el Tomador del seguro, optar entre la prórroga del Contrato, lo que supone la aceptación de las nuevas condiciones económicas, o poner término al mismo al vencimiento de la

anualidad en curso. En este último caso, deberá notificar a la Mutua fehacientemente y por escrito su voluntad en tal sentido con anterioridad a la fecha de renovación de la Póliza. **Si el Tomador no efectuase declaración alguna sobre las nuevas condiciones económicas antes de esa fecha, éstas se entenderán aceptadas y el pago del primer recibo correspondiente a la Prima del siguiente periodo de seguro supondrá la aceptación por el Tomador de las nuevas condiciones de la Póliza.**

16. TARJETA SANITARIA

La Mutua entregará al Tomador, una vez firmada la Póliza, una Tarjeta Sanitaria Personal por cada Asegurado. Dicha tarjeta contendrá, al menos, los siguientes datos:

- Número de Tarjeta.
- Nombre y apellidos del Asegurado.
- Fecha de alta.

La Tarjeta Sanitaria, propiedad de la Mutua, es un documento de uso personal e intransferible.

En caso de pérdida, sustracción o deterioro, el Tomador del Seguro y el Asegurado tienen la obligación de comunicarlo a la Mutua en el plazo de setenta y dos horas.

En tales casos, la Mutua procederá a emitir y enviar una nueva tarjeta al domicilio del Asegurado que figura en la Póliza, anulando la extraviada, sustraída o deteriorada.

Asimismo, el Tomador del Seguro y el Asegurado se obligan a devolver a la Mutua la Tarjeta Sanitaria correspondiente al Asegurado que hubiere causado baja en la Póliza.

La Mutua no se responsabiliza de la utilización indebida o fraudulenta de la Tarjeta Sanitaria.

SECCIÓN SEGUNDA: CLÁUSULAS DESCRIPTIVAS DE LAS COBERTURAS

17. DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS

17.1. Atención primaria

La atención primaria cubierta por esta Póliza integra los siguientes servicios, exclusivamente en régimen de consulta ambulatoria **no prestándose en domicilio**:

1. Medicina general: asistencia médica en consultorio, indicación y prescripción de las pruebas y medios diagnósticos básicos (analítica, ecografía y radiología general), durante los días y horas establecidos al efecto por el facultativo. En caso de urgencia el Asegurado podrá acudir a los servicios permanentes de urgencia que tiene establecidos la Mutua, o bien ponerse en contacto con el Teléfono de Urgencias 24 horas
2. Servicio de A.T.S./D.U.E.: asistencia en consultorio, **previa prescripción de un médico de la Mutua** y efectuando los avisos en la forma señalada en el apartado relativo a medicina general.

17.2. Especialidades médicas, quirúrgicas y pruebas diagnósticas.

Quedan cubiertas exclusivamente por la Póliza las consultas ambulatorias de las especialidades médicas, quirúrgicas siguientes. Las pruebas diagnósticas serán realizadas por los servicios que la Mutua designe y será necesaria la prescripción escrita de un médico perteneciente al Cuadro Médico y, en su caso, la autorización expresa de la Mutua.

1. Alergia e inmunología
2. Análisis clínicos
3. Anatomía patológica. **Excluidos estudios de segunda opinión.**
4. Anestesiología y reanimación.
5. Angiología y cirugía vascular.
6. Aparato digestivo.
7. Cardiología.
8. Cirugía cardiovascular.
9. Cirugía general y del aparato digestivo.
10. Cirugía oral y maxilofacial.
11. Cirugía plástica y reparadora. **Están excluidos los tratamientos estéticos.**
12. Cirugía torácica.
13. Dermatología.
14. Diagnóstico por imagen: **Previa prescripción por un médico del Cuadro Médico**, cubre las técnicas habituales como radiología general, ecografía, tomografía axial computerizada (T.A.C.), resonancia magnética, angiografía, arteriografía digital y gammagrafía, la densitometría ósea, mamografía, **excluidos servicios de radiología intervencionista o invasiva. Excluida colonoscopia virtual.**

(a) Coronariografía por TAC o TAC Coronario: **exclusivamente en pacientes con síntomas de enfermedad coronaria con prueba de isquemia no concluyente, cirugía de recambio valvular, valoración de estenosis coronaria tras intervención de by-pass y malformaciones del árbol coronario. Se excluye la valoración de estenosis tras implantación de stent coronario y el score cálcico.**

(b) Resonancia magnética cardiaca: **cubierta exclusivamente para:**

- Diagnóstico y seguimiento de la cardiopatía congénita del adulto
- Cuantificación de shunts/cortocircuitos cardíacos.
- Retorno venoso pulmonar o sistémico anómalo congénito o yatorgénico
- Estudio y seguimiento de los shunts cardíacos
- Aneurisma Aórtico (sinus Valsalva) y Coartación Aortica
- Anillos Vasculares
- En cardiopatía isquémica diagnosticada: para estudio de las Anomalías arterias coronarias, para la evaluación y medida de volúmenes, masa y función ventricular en la cardiopatía isquémica y para la detección y evaluación de la Viabilidad miocárdica tras infarto cardíaco.
- Detección y caracterización de tumores cardíacos pericárdicos
- Estudio de la Cardiomiopatía hipertrófica (sólo la apical)

- Estudio de la Cardiomiopatía dilatada para diferenciación de la disfunción relacionada con la enfermedad arterial coronaria
- Estudio cardíaco en la Displasia arritmogénica
- En enfermedad valvular para Caracterización de la anatomía y función cámara cardíaca y Cuantificación del reflujo. (Excluido para Cuantificación de la estenosis o evaluación de válvulas protésicas)

(c) Resonancia magnética de mama: **Excluido para valoración de mamas portadoras de prótesis por motivos estéticos.**

15. Endocrinología.
16. Geriatria.
17. Ginecología.
18. Hematología y hemoterapia.
19. Medicina interna.
20. Nefrología.
21. Neumología.
22. Neurocirugía.
23. Neurofisiología.
24. Neurología.
25. Odontostomatología.
26. Oftalmología.
27. Oncología.
28. Otorrinolaringología.
29. Planificación familiar.
30. Psiquiatría.
31. Reumatología.
32. Traumatología.
33. Urología.

17.3. Teléfono de Urgencias 24 horas

Servicio telefónico que facilita atención informativa sobre el cuadro médico, así como asesoramiento en situaciones de urgencia.

17.4. Otros servicios

Otros servicios cubiertos por esta Póliza son los siguientes:

Podología: **limitado a cuatro sesiones anuales, exclusivamente quiropodia.**

17.5. Asistencia en viaje

La asistencia de urgencia fuera del territorio español se presta a través de la contratación de una póliza colectiva de asistencia en viaje que incluye, de modo general, las siguientes coberturas:

- Pago o reembolso de gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y de hospitalización.
- Transporte o repatriación sanitaria del Asegurado en caso de enfermedad o accidente y del resto de los Asegurados en caso de no poder realizarlo por los medios previstos inicialmente.
- Transporte o repatriación del Asegurado fallecido y acompañantes Asegurados hasta el domicilio.
- Desplazamiento de una persona al lugar del siniestro, si el estado del Asegurado impide su repatriación o regreso inmediato.

- Retorno anticipado del asegurado por enfermedad grave, accidente grave o fallecimiento de un familiar del asegurado.

Las condiciones de la póliza colectiva de esta cobertura de asistencia se incluyen como Anexo II a esta Póliza.

Están excluidas de esta cobertura las prestaciones derivadas de deportes de alto riesgo, de competición y la práctica de actividades peligrosas.

18. EXCLUSIONES

Quedan expresamente excluidos de la cobertura de esta Póliza, sin perjuicio de cualquier otra exclusión debidamente resaltada en el condicionado de esta póliza:

1. Toda clase de enfermedades, lesiones o dolencias, defectos constitucionales o congénitos, deformaciones, estado o situación médica (como embarazo o gestación) preexistentes a la fecha de alta de cada Asegurado en la póliza que hayan sido conocidos y no declarados en el cuestionario de salud, y/o los que sean consecuencia de accidentes o enfermedades y sus secuelas que sean de origen anterior a la fecha de inclusión de cada asegurado en la póliza, que igualmente hayan sido conocidos por el asegurado y no declarados en el cuestionario de salud.

2. Los gastos derivados de la asistencia sanitaria prestada en centros privados o de la Seguridad Social o centros integrados en el Sistema Nacional de Salud que no estén incluidos en el Cuadro Médico, salvo los gastos de asistencia sanitaria de urgencia conforme a lo expuesto en la Cláusula 4.2.

3. La asistencia sanitaria transfronteriza.

4. La asistencia sanitaria derivada de alcoholismo crónico, drogadicción, intoxicaciones debidas al abuso del alcohol, de psicofármacos, estupefacientes o alucinógenos.

5. Intento de suicidio y autolesiones. Asistencia sanitaria por enfermedades o accidentes ocasionados por dolo del Asegurado.

6. Los productos farmacéuticos así como vacunas de todo tipo y productos de parafarmacia.

7. Los procedimientos diagnósticos y terapéuticos cuya seguridad y eficacia clínicas no estén debidamente contrastadas científicamente o hayan quedado manifiestamente superadas por otras disponibles. Igualmente, quedan excluidos aquellos procedimientos, de carácter experimental o que no tengan suficientemente probada su contribución eficaz a la prevención, tratamiento o curación de las enfermedades, conservación o mejora de la esperanza de vida, auto valimiento y eliminación o disminución del dolor y el sufrimiento y los que consisten en meras actividades de ocio, descanso, confort o deporte. Se considera, a efectos de la presente póliza, que un procedimiento diagnóstico, quirúrgico o terapéutico es seguro y eficaz cuando está aprobado por la Agencia Europea del Medicamento y/o la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Asimismo, se considera que un procedimiento se encuentra universalizado y consolidado cuando el mismo se realiza en la práctica clínica habitual en al menos nueve Comunidades Autónomas Españolas de forma generalizada en sus

centros hospitalarios públicos, no solo en Hospitales de Referencia.

8. Los tratamientos en balnearios y curas de reposo, aunque sean prescritos por facultativos.

9. Tratamientos indicados para tratar la esterilidad o infertilidad en ambos sexos y la interrupción voluntaria del embarazo, así como las pruebas diagnósticas relacionadas con dicha interrupción. Están excluidos también el estudio, diagnóstico y tratamiento (inclusive la cirugía) de la impotencia y de la disfunción eréctil.

10. Los trasplantes de órganos, tejidos, células o componentes celulares.

11. Los reconocimientos médicos generales de carácter preventivo, salvo los contemplados en las Campañas de Medicina Preventiva promovidas por la Mutua y lo establecido en relación a los chequeos médicos preventivos en las presentes condiciones generales.

12. Análisis, reconocimientos y cualquier otra exploración que tenga por objeto exclusivamente la expedición de un informe, certificado o cualquier documento y no la prestación de los servicios médico-quirúrgicos objeto de esta Póliza.

13. La atención especial en domicilio. Tampoco se incluirán gastos por asistencia a domicilio de hostelería, lencería, alimentación, medicación, monitorización, ni la permanencia continuada de los profesionales sanitarios en el domicilio del Asegurado.

14. La terapia educativa, tal como la educación del lenguaje en procesos congénitos o la educación especial para enfermos con afección psíquica.

15. Las endodoncias, obturaciones, colocación de prótesis dentales, ortodoncias, periodoncias e implantes, así como otros tratamientos odontológicos salvo la consulta del especialista contemplada en la descripción de las coberturas en el apartado Descripción de la Cobertura.

16. Las prótesis de cualquier clase o naturaleza.

17. Los gastos por viaje y desplazamientos.

18. Las determinaciones del mapa genético, que tienen como finalidad conocer la predisposición del Asegurado o de su ascendencia o descendencia presente o futura a padecer ciertas enfermedades relacionadas con alteraciones genéticas. También quedan expresamente excluidos los mapas genéticos de tumores y la farmacogenética, los estudios genéticos en Síndrome de predisposición a cáncer.

19. Las técnicas diagnósticas, quirúrgicas y tratamientos de nueva aparición no incluidos en la presente póliza.

20. La participación en cualquier tipo de Ensayo Clínico, por tratarse de una evaluación experimental de un producto, sustancia, medicamento, técnica diagnóstica o terapéutica, sin evidencia científica de su efectividad, así como las pruebas diagnósticas y actos terapéuticos relacionados, necesarios o secundarios a la participación en dicho ensayo clínico.

21. Las intervenciones, infiltraciones y tratamientos así como cualquier otra intervención que tenga carácter exclusivamente estético o cosmético. Igualmente quedan expresamente excluidas, cualquier tipo de patologías o complicaciones que pudieran manifestarse en un momento posterior y que estén directa y principalmente causadas por haberse sometido el Asegurado a una intervención, infiltración o tratamiento de los anteriormente señalados de naturaleza estética o cosmética.

22. Los tratamientos capilares para evitar la pérdida del cabello.

23. Los tratamientos con plasma rico en plaquetas o en factores de crecimiento.

24. Cualquier tipo de servicio relacionado con patologías, cirugías, medios diagnósticos, tratamientos o cualquier otro acto médico o sanitario no cubiertos, así como complicaciones que se deriven de éstos.

25. Las enfermedades, lesiones o dolencias provocadas por la práctica profesional de cualquier deporte, así como las derivadas de deportes y actividades manifiestamente peligrosos. Serán consideradas actividades manifiestamente peligrosas las siguientes: montañismo, escalada, parapente, salto en paracaídas, puenting, boxeo, artes marciales, rugby, motocross, karts, quads, carreras de vehículos a motor, buceo y cualesquiera otras que puedan tener dicha consideración.

26. Medicinas alternativas, naturopatía, homeopatía, acupuntura, hidroterapia, presoterapia, ozonoterapia y cualquier terapia no reconocida oficialmente en España como especialidad médica, salvo que se indique expresamente lo contrario en las Condiciones Particulares de la Póliza.

27. Los daños físicos causados por guerras, motines, actos de terrorismo, maniobras militares, y epidemias declaradas.

28. La asistencia por enfermedades, lesiones, malformaciones o defectos que guarden relación, directa o indirecta, con radiación o accidentes nucleares, terremotos, erupciones volcánicas, inundaciones y otros fenómenos sísmicos y meteorológicos.

29. Las urgencias de cualquier tipo salvo la urgencia vital.

30. Todos los actos, estudios, técnicas, terapias, tratamientos o ingresos. Quedan cubiertas exclusivamente las consultas de las especialidades descritas en el apartado 17.

31. Métodos terapéuticos como aerosolterapia y ventiloterapia, CPAP y BiPAP, hemodiálisis, litotricia, foniatría, oxigenoterapia, quimioterapia, radioterapia, rehabilitación, tratamientos del dolor.

32. Los servicios de ambulancia, psicología, cualquier tipo de hospitalización, prótesis de cualquier tipo y material implantable.

33. Cualquier tipo de prestación relacionada directamente con actos médicos no amparados por la cobertura de la póliza.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

A los efectos de esta Póliza, se entiende por:

ACCIDENTE: Lesión corporal sufrida durante la vigencia de la Póliza, que derive de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado.

ASEGURADO: La persona o personas naturales designadas como tales en las Condiciones Particulares, sobre las cuales se establece la Póliza.

ATENCIÓN ESPECIAL EN DOMICILIO: Asistencia del médico generalista o de familia y/o de A.T.S. o D.U.E. al Asegurado cuando la patología del enfermo requiera cuidados especiales sin llegar a precisar ingreso hospitalario y siempre previa prescripción del médico.

CONSULTA: Relación asistencial entre paciente y facultativo, en el mismo espacio y tiempo, siendo necesaria la presencia física de ambos.

COPAGO: Participación del asegurado en la cuantía del coste del acto médico o grupo de actos, que será abonado directamente a la Mutua.

CUADRO MÉDICO: Relación de profesionales y establecimientos sanitarios propios o concertados por la Mutua en cada provincia. En el Cuadro Médico se relacionan los profesionales y establecimientos sanitarios de cada provincia y 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.

CUESTIONARIO DE SALUD: Declaración realizada y firmada por el tomador o asegurado antes de la formalización de la póliza para la valoración del riesgo que es objeto del seguro.

D.U.E./ENFERMERO/A.T.S.: Personal legalmente capacitado y autorizado para prestar servicios de enfermería.

ENFERMEDAD: Toda alteración del estado de salud de un individuo que sufre la acción de una patología que no sea consecuencia de accidente, cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por un médico u odontólogo legalmente reconocido al aparecer sus primeras manifestaciones durante la vigencia de la Póliza, y que haga precisa la asistencia facultativa.

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. Una afección congénita puede manifestarse y ser reconocida inmediatamente después del nacimiento, o bien ser descubierta más tarde, en cualquier momento de la vida del individuo.

ENFERMEDAD PREEXISTENTE: Es la padecida por el Asegurado con anterioridad a la fecha de contratación del seguro o de alta en la Póliza, pudiendo ser consecuencia de un accidente o no.

HOSPITALIZACIÓN: Supone el registro de entrada del Asegurado como paciente y su permanencia en centro hospitalario durante un mínimo de 24 horas para recibir tratamiento médico o quirúrgico.

HOSPITALIZACIÓN DE DÍA: Consiste en la hospitalización para recibir un tratamiento concreto o por haber estado bajo la acción de una anestesia y por un periodo inferior a 24 horas.

HABITACIÓN CONVENCIONAL: Habitación en centro hospitalario de una sola estancia o habitáculo, dotada de instalaciones sanitarias. No se entienden como convencionales las suites o habitaciones con antesala.

HOSPITAL: Todo establecimiento público o privado legalmente autorizado para el tratamiento de enfermedades, dolencias o lesiones corporales, provisto de los medios materiales y humanos para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas y con presencia médica permanente. A los efectos de la Póliza, no se consideran hospitales los hoteles, casas de reposo, balnearios, instalaciones dedicadas principalmente al tratamiento de enfermedades crónicas e instituciones similares.

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA: Toda operación con fines diagnósticos o terapéuticos, realizada mediante incisión u otra vía de abordaje interno, efectuada por un cirujano en un centro autorizado (hospitalario o extrahospitalario) y que requiere normalmente la utilización de una sala específicamente habilitada.

LESIÓN: Todo cambio patológico que se produce en un tejido o en un órgano sano y que comporta un daño anatómico o fisiológico, es decir, una perturbación en la integridad física o en el equilibrio funcional.

MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS: Piezas o elementos metálicos o de cualquier otra naturaleza empleados para la unión de los extremos de un hueso fracturado, o para soldar extremos articulares.

MATERIAL ORTOPÉDICO: Piezas anatómicas o elementos de cualquier naturaleza utilizados para prevenir o corregir las deformidades del cuerpo.

MÉDICO: Doctor o Licenciado en Medicina legalmente capacitado y autorizado para ejercer la medicina.

MÉDICO CONSULTOR: Son aquellos facultativos, pertenecientes al Cuadro Médico de la Mutua, que sean designados como tales médicos consultores y cuya consulta requiere la previa autorización de la Mutua, a petición razonada de un médico especialista de la misma.

ASEGURADORA O MUTUA: Nueva Mutua Sanitaria del Servicio Médico, Mutua de Seguros a Prima Fija, entidad que asume el riesgo contractualmente pactado.

ODONTÓLOGO: Facultativo cuya titulación le capacita para realizar el conjunto de actividades de prevención, diagnóstico y tratamiento relativas a las anomalías y enfermedades de los dientes, de la boca, de los maxilares y de sus tejidos anejos.

PARTO: Expulsión completa de uno o más recién nacidos, así como de la placenta, del útero al exterior. El parto normal o a término es aquél que se produce entre la 37 y la 42 semana desde la fecha de la última menstruación.

PARTO PREMATURO: Se entenderá por parto prematuro aquel que se produce antes de la 37 semana de gestación.

PLAZO O PERIODO DE CARENIA: Periodo de tiempo (computado por meses o días transcurridos a partir de la fecha de efecto del seguro) durante el cual no son efectivas algunas de las coberturas incluidas en la Póliza.

PLAZO DE DISPUTABILIDAD: Periodo de tiempo durante el que la Mutua puede negar las prestaciones o impugnar el contrato alegando la existencia de enfermedades anteriores del asegurado y no declaradas por él. Transcurrido este plazo, la Mutua sólo tendrá esa facultad en el caso de que el Tomador y/o el Asegurado hayan actuado dolosamente.

PREEXISTENCIA: Estado o condición de la salud (enfermedad, lesión o defecto) no necesariamente patológicos sufridos por el Asegurado con anterioridad a la fecha de su inclusión en la póliza.

PRESTACIÓN: Es la asistencia sanitaria que se deriva de la presentación de un siniestro. Como asistencia sanitaria se entenderá la atención y tratamiento dispensados al paciente.

PRIMA: Es el precio del seguro, es decir, la cantidad que el Tomador del Seguro o Asegurado debe abonar a la Mutua. El recibo incluirá, además, los recargos e impuestos que sean de aplicación.

PRÓTESIS: Todo elemento de cualquier naturaleza, que, ante ausencia de un órgano, tejido, fluido orgánico, miembro o parte de alguno de éstos, sustituye temporal o permanentemente su función fisiológica. A título de ejemplo, tienen esa consideración los elementos mecánicos o biológicos tales como recambios valvulares cardiacos, sustituciones articulares, piel sintética, lentes intraoculares, los materiales biológicos (córnea), los fluidos, geles y líquidos sintéticos o semi-sintéticos sustitutivos de humores o líquidos orgánicos, reservorios de medicamentos, sistemas de oxigenoterapia ambulantes, etc.

PSICOLOGÍA: Ciencia que implica la aplicación práctica del conocimiento, habilidades y técnicas para el diagnóstico, prevención o solución de problemas individuales o sociales, especialmente en cuanto a la interacción entre el individuo y el entorno físico y social.

RECIÉN NACIDO: Ser humano en la etapa diferenciada de la vida que se extiende durante cuatro semanas a partir del nacimiento.

REHABILITACIÓN: Tratamiento prescrito por un facultativo del Cuadro Médico y realizado por un médico rehabilitador o fisioterapeuta tendente a restituir la funcionalidad de una parte del aparato locomotor dañada a causa de un accidente o enfermedad.

TELÉFONO URGENCIAS 24 HORAS: Atención informativa facilitada por un equipo médico, que informa al Asegurado sobre el Cuadro Médico y resuelve sus preguntas médicas de urgencia las 24 horas del día, los 365 días del año. La información médica facilitada por este medio es orientativa y su utilización debe limitarse a situaciones de emergencia, no pudiendo sustituir al servicio de atención médica directa.

SERVICIOS A DOMICILIO: Visita en el domicilio a solicitud del Asegurado por parte de médico de cabecera (médico generalista), pediatra/puericultor, A.T.S. o D.U.E., en

aquellos casos en que el Asegurado se encuentre, por razón de su enfermedad, incapacitado para trasladarse al consultorio.

SERVICIOS DE URGENCIA A DOMICILIO: Asistencia en el domicilio del Asegurado en casos de urgencia, prestada por médico generalista y/o A.T.S.

SINIESTRO: Todo hecho cuyas consecuencias estén total o parcialmente cubiertas por la Póliza.

SOLICITUD DE SEGURO: Es el documento facilitado al Tomador, en el que éste realiza la petición formal de la contratación de un seguro a la Mutua.

TOMADOR DEL SEGURO: Es la persona, física o jurídica que, junto con la Mutua, suscribe este contrato y a la que corresponden las obligaciones que del mismo se derivan, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado.

URGENCIA: Es aquella situación que requiere atención médica inmediata, dado que un retraso en la misma puede derivar en un compromiso vital o daño irreparable en la integridad física del paciente.

ANEXO I: PRESTACIONES QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN PREVIA

ANÁLISIS: biología molecular, cariotipos, genética, inmunohistoquímica, seminogramas REM.

ANATOMÍA PATOLÓGICA: todas las pruebas salvo las citologías simples.

RADIODIAGNÓSTICO: densitometría, ortopantomografía, RMN, TAC, PET y doppler color.

PODOLOGÍA.

CAMPAÑAS DE MEDICINA PREVENTIVA.