

Artículo 1. DEFINICIONES

Mutualidad

PREVISORA GENERAL, Mutualidad de Previsión Social a Prima Fija, CIF V-58782145, con domicilio social en Barcelona, en Calle Balmes, 28 y titular del dominio de Internet "www.previsorageneral.com".

La Mutualidad está inscrita en el Registro Mercantil de Barcelona, al Folio 39, Volumen 24.055, Hoja B-63.429, y su actividad está sometida al control administrativo de la autoridad gubernativa competente de conformidad con la legislación vigente.

La Mutualidad es la entidad aseguradora que asume las coberturas del riesgo objeto de este condicionado y garantiza el pago de la indemnización correspondiente.

Accidente

Todo evento acaecido durante la vigencia de esta póliza derivado de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado, que produzca lesiones corporales y haga preciso tratamiento médico o quirúrgico.

Acto Médico

Toda asistencia sanitaria realizada por un profesional de la medicina, prueba médica diagnóstica o terapéutica, y/o tratamiento médico encaminado a la recuperación del estado de salud de un asegurado.

Asegurado

Cada una de las personas físicas sobre las que se estipula la cobertura de los riesgos o Asistencia

Asociado

Es el tomador de la póliza, persona física o jurídica que suscribe la póliza y forma parte de la Mutualidad.

Asistencia

El acto para atender o cuidar la salud del enfermo.

A.T.S./D.U.E.

Profesional legalmente capacitado y autorizado para el ejercicio de la actividad de enfermería.

Carencia

Periodo de tiempo computado desde la fecha de efecto de la póliza para cada Asegurado, durante el cual no son efectivas determinadas coberturas para dicho Asegurado.

Condiciones Particulares

El documento que individualiza las coberturas para cada Asegurado. Se emitirá por la Mutualidad para cada Asegurado que haya sido aceptado, en función de la solicitud de aseguramiento y del cuestionario de salud que hubiese remitido para la contratación del seguro.

Enfermedad

Toda alteración de la salud del Asegurado no causada por accidente, que sea diagnosticada por un médico y haga preciso un tratamiento médico o quirúrgico.

Enfermedad congénita

Toda enfermedad con la que nace el Asegurado, por haberse contraído en el seno del útero materno o por tener un origen genético. Una afección congénita puede manifestarse y ser reconocida inmediatamente después del nacimiento, o bien ser descubierta más tarde, en cualquier periodo de la vida del Asegurado.

Fecha de efecto

Es la fecha en que entrará en vigor la cobertura pactada para cada uno de los Asegurados. En ningún caso la cobertura entrará en vigor con anterioridad al momento en que el Tomador haya satisfecho la primera prima correspondiente a dicho Asegurado.

Franquicia

El importe que debe satisfacer el Asegurado al Asegurador por el uso de los Centros Médicos Concertados, según las condiciones establecidas en la presente póliza.

Hospital

Todo establecimiento autorizado legalmente para el tratamiento médico o quirúrgico de enfermedades o lesiones corporales, atendido permanentemente por un médico. No se consideran hospitales, a efectos de esta póliza, los hoteles, asilos, casas de reposo o de convalecencia, balnearios, instalaciones dedicadas principalmente al internamiento o tratamiento de enfermedades crónicas, drogadictos o alcohólicos, o instituciones similares.

Hospitalización

Se entiende por hospitalización a efectos de este contrato la permanencia del Asegurado como paciente en un hospital por un periodo mínimo de veinticuatro (24) horas.

Intervención quirúrgica

Toda operación mediante incisión u otra vía de abordaje interno efectuada por un médico y que requiere la utilización de una sala de operaciones.

Médico

Profesional legalmente capacitado y autorizado para el ejercicio de la medicina en el lugar en que practica.

Patología preexistente

Toda enfermedad, lesión o discapacidad del Asegurado padecida con anterioridad a la contratación de este seguro, diagnosticada o no por un médico.

Póliza

El documento que contiene las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte integrante de la póliza: estas Condiciones Generales y las Particulares, así como los Suplementos o Apéndices que se emitan a la misma para complementarla o modificarla.

Prima

El precio de la cobertura cuyo importe, junto con los impuestos, tasas o recargos que correspondan, deberá satisfacer el Tomador o el Asegurado según las condiciones establecidas en la presente póliza.

Prótesis

Todo aquel aparato o dispositivo destinado a reparar y/o sustituir artificialmente la falta de un órgano o parte de él.

Servicio

La actividad o especialidad médica destinada a atender en cada momento, las necesidades propias para la salud del asegurado.

Siniestro

Todo hecho cuyas consecuencias están garantizadas por alguna de las modalidades objeto de la relación de protección.

Tomador

Es la persona física o jurídica que contrata la cobertura del riesgo objeto de esta póliza para el asegurado. El tomador puede contratar por cuenta propia o ajena, si bien en caso de duda, se presumirá que ha contratado por cuenta propia. Si el tomador del seguro y el asegurado son personas distintas, las obligaciones y los deberes que derivan del contrato corresponden al tomador.

Urgencia

Necesidad inmediata de tratamiento médico o quirúrgico, a fin de evitar un daño irreparable a la salud del Asegurado.

Urgencia vital

Aquel cambio súbito del estado de salud preexistente, que de no recibir atención médica inmediata pondría en peligro la vida del asegurado.

Artículo 2. COBERTURA

1. La Mutualidad se obliga a reembolsar total o parcialmente los gastos que se deriven de tratamiento médico o quirúrgico que, a consecuencia de enfermedad o accidente, el Asegurado precise durante la vigencia de la póliza y de acuerdo con las condiciones que se recogen en la misma.

2. El Asegurado

- Podrá obtener el reembolso total o parcial de los gastos que se deriven de tratamiento médico o quirúrgico prestado en cualquier país del mundo, si bien en todo caso el Asegurado deberá residir habitualmente en España.

- Podrá libremente elegir los servicios del hospital, médico o ATS/DUE que considere más oportuno, sin perjuicio de las autorizaciones que sean necesarias. Asimismo, el Asegurado puede utilizar el Cuadro Médico concertado por la Mutualidad, en cuyo caso queda exonerado de efectuar ningún pago, ya que la Mutualidad liquidará directamente la totalidad de los gastos correspondientes a la utilización de tales servicios.

Artículo 3. PERSONAS ASEGURABLES

Podrán contratar la presente cobertura los solicitantes de hasta cincuenta y nueve (59) años de edad.

La cobertura se extinguirá cuando el asegurado alcance la edad de sesenta y cinco (65) años, pudiendo optar por contratar la póliza de asistencia sanitaria de cuadro médico que la Mutualidad tuviera en vigor en aquel momento.

Artículo 4. GARANTIAS

Sin perjuicio de las limitaciones, exclusiones y periodos de carencia previstos en estas Condiciones Generales, la Mutualidad se obliga a la cobertura del tratamiento médico o quirúrgico que corresponda a las siguientes especialidades y servicios:

A. Enfermería

La cobertura de la presente póliza incluye los servicios ambulatorios de A.T.S./D.U.E.

B. Especialidades médicas

- 1. Alergología e inmunología.** La cobertura de la presente póliza incluye las consultas, el estudio y tratamiento de enfermedades alérgicas. No incluye los gastos correspondientes a las vacunas, que serán por cuenta del Asegurado.
- 2. Anestesiología y reanimación.** La cobertura de la presente póliza incluye las consultas y toda clase de anestésicos prescritos por un facultativo.
- 3. Angiología y cirugía vascular.** La cobertura de la presente póliza incluye las consultas, el estudio, el tratamiento e intervenciones quirúrgicas en el corazón y vasos sanguíneos.
- 4. Aparato digestivo.** La cobertura de la presente póliza incluye las consultas, el estudio y tratamientos relacionados con el aparato digestivo.
- 5. Cardiología.** La cobertura de la presente póliza incluye las consultas, el estudio y tratamientos derivados de las enfermedades del corazón.
- 6. Cirugía cardiovascular.** La cobertura de la presente póliza incluye las consultas, el estudio, el tratamiento e intervenciones quirúrgicas que afecten al corazón y/o los grandes vasos.
- 7. Cirugía general y digestiva.** La cobertura de la presente póliza incluye las consultas, el estudio, el tratamiento e intervenciones quirúrgicas del aparato digestivo, así como todas aquellas intervenciones quirúrgicas no comprendidas en otras cirugías.
- 8. Cirugía maxilo-facial.** La cobertura de la presente póliza incluye las consultas, el estudio, el tratamiento e intervenciones quirúrgicas maxilo-faciales y las extracciones de cordales. No incluye la asistencia y los tratamientos incluidos en las especialidades de estomatología y de odontología.
- 9. Cirugía pediátrica.** La cobertura de la presente póliza incluye las consultas, el estudio, el tratamiento e intervenciones quirúrgicas de los menores.

10. Cirugía plástica y reparadora. La cobertura de la presente póliza incluye las consultas e intervenciones quirúrgicas de cirugía plástica y reparadora para restablecer lesiones y siempre que las mismas sean derivadas de enfermedades o accidentes sufridos por el Asegurado durante el periodo de vigencia del contrato. No incluye en ningún caso la cirugía estética, aún cuando se alegasen razones puramente psicológicas.

11. Cirugía torácica. La cobertura de la presente póliza incluye las consultas, el estudio, el tratamiento e intervenciones quirúrgicas de la cavidad torácica.

12. Dermatología. La cobertura de la presente póliza incluye las consultas, el estudio y tratamiento de las enfermedades de la piel. No se incluyen los tratamientos de la alopecia y las lesiones derivadas del acné.

13. Endocrinología. La cobertura de la presente póliza incluye las consultas, el estudio y tratamiento de las enfermedades de las glándulas endocrinas y del metabolismo, así como el tratamiento de la obesidad mórbida.

14. Geriátrica. La cobertura de la presente póliza incluye las consultas, el estudio y tratamiento de las enfermedades propias de la vejez. No se incluyen los gastos generados durante la estancia en residencias.

15. Hematología y hemoterapia. La cobertura de la presente póliza incluye las consultas, el estudio y tratamiento de las enfermedades de la sangre.

16. Medicina general y medicina de familia. Sin perjuicio de lo establecido para cada categoría médica en particular, la cobertura del presente contrato incluye los servicios de asistencia general.

17. Medicina interna. La cobertura de la presente póliza incluye las consultas, el estudio y tratamiento de las enfermedades generales de los órganos internos.

18. Nefrología. La cobertura de la presente póliza incluye las consultas, el estudio y tratamiento de las enfermedades del aparato renal. No incluye el estudio y tratamiento de la diálisis crónica.

19. Neonatología. La cobertura de la presente póliza incluye las consultas, el estudio y el tratamiento de las enfermedades del recién nacido, durante los primeros quince (15) días de vida y siempre que el parto hubiera sido objeto de la cobertura del presente contrato.

20. Neumología. La cobertura de la presente póliza incluye las consultas, el estudio y el tratamiento de las enfermedades del aparato respiratorio.

21. Neurocirugía. La cobertura de la presente póliza incluye las consultas, el estudio, el tratamiento e intervenciones quirúrgicas del sistema nervioso.

22. Neurología. La cobertura de la presente póliza incluye las consultas, el estudio y el tratamiento de las enfermedades del sistema nervioso.

23. Obstetricia y ginecología. La cobertura de la presente póliza incluye:

- La asistencia al parto normal o por cesárea, incluyendo la anestesia epidural.
- Los servicios necesarios para la vigilancia del embarazo por médico tocólogo y asistencia por éste a los partos, siempre que éstos sean objeto de cobertura en la presente póliza.
- Las enfermedades de los órganos genitales femeninos.
- La planificación familiar incluyendo el control del tratamiento con anovulatorios, la ligadura de trompas y la vasectomía así como la colocación de DIU y su vigilancia, siendo de cuenta de la Asegurada el coste de éste y los medicamentos.
- Una revisión ginecológica anual.
- Consultas para la detección de problemas de infertilidad. No quedan incluidas las pruebas diagnósticas.

24. Oftalmología. La cobertura de la presente póliza incluye las consultas, el estudio y tratamiento e intervenciones quirúrgicas de las enfermedades de los ojos, así como una consulta anual para la graduación visual. No se incluye el tratamiento de dolencias congénitas y las consultas para la adaptación de lentes o lentillas.

25. Oncología médica. La cobertura de la presente póliza incluye las consultas, el estudio, el tratamiento e intervenciones quirúrgicas de enfermedades tumorales.

26. Oncología radioterápica. La cobertura de la presente póliza incluye el tratamiento de enfermedades tumorales mediante radioterapia.

27. Otorrinolaringología. La cobertura de la presente póliza incluye las consultas, el estudio, el tratamiento e intervenciones quirúrgicas de las enfermedades del oído, laringe y conducto nasal.

28. Pediatría y puericultura. La cobertura de la presente póliza incluye las consultas, el estudio y tratamiento de enfermedades de menores. Las enfermedades congénitas del recién nacido siempre y cuando el parto esté cubierto por la Mutualidad mediante productos Previsalud – Previsalud Oro y el Asegurado Titular haya solicitado su inclusión en el contrato en el plazo de noventa (90) días desde el nacimiento.

29. Proctología. La cobertura de la presente póliza incluye las consultas, el estudio, el tratamiento e intervenciones quirúrgicas de las enfermedades relativas al recto.

30. Psiquiatría. La cobertura de la presente póliza incluye las consultas, el estudio y tratamiento de enfermedades mentales y nerviosas bajo prescripción facultativa. No se incluyen las enfermedades psiquiátricas crónicas.

31. Reumatología. La cobertura de la presente póliza incluye las consultas, el estudio, análisis y tratamiento de las enfermedades reumáticas.

32. Traumatología y cirugía ortopédica. La cobertura de la presente póliza incluye las consultas, el estudio, el tratamiento e intervenciones quirúrgicas de los traumatismos y alteraciones osteoarticulares.

33. Urología. La cobertura de la presente póliza incluye las consultas, el estudio, el tratamiento e intervenciones quirúrgicas de las enfermedades del aparato urinario.

C. Hospitalización

Incluye la cobertura de los siguientes conceptos:

1. Gastos por honorarios de médicos, de ayudantes, de anestelistas, de ATS, de DUE, por utilización de quirófano, por material, por medicamentos o por cualquier otro servicio médico prestado durante la hospitalización.
2. Gastos por estancia hospitalaria en habitación individual con cama para un acompañante.
3. Gastos por estancia hospitalaria en Unidades de Vigilancia Intensiva (U.V.I.) o en Unidades de Cuidados Intensivos (U.C.I.)
4. Gastos por estancia del recién nacido en incubadora.

No obstante, no se incluye la cama de acompañante en los supuestos de hospitalización en Unidades de Vigilancia Intensiva (U.V.I.) o Unidades de Cuidados Intensivos (U.C.I.), de hospitalización psiquiátrica y de estancia del recién nacido en incubadora.

En ningún caso se reembolsarán los gastos correspondientes a uso de teléfono, televisión, cafetería, manutención del acompañante o cualquier otro no directamente relacionado con el tratamiento de la enfermedad o accidente.

D. Medios de diagnóstico

1. Análisis clínicos, anatomopatológicos y biológicos. La cobertura de la presente póliza incluye los gastos que se deriven de análisis clínicos, anatomopatológicos y biológicos.

2. Radiodiagnóstico. La cobertura de la presente póliza incluye los siguientes medios de radiodiagnóstico: Radiología simple y contrastada, ecografía, mamografía, scanner (TAC), resonancia magnética (RMN), angiografía, arteriografía digital, medicina nuclear, PET.

La cobertura de la presente póliza incluye los medios de contraste que hayan sido suministrados por el Centro Médico concertado por la Mutualidad.

3. Cardiología. La cobertura de la presente póliza incluye los siguientes medios de diagnóstico en la especialidad de cardiología: Electrocardiograma, Holter T.A. y Holter ECG, prueba de esfuerzo, ecocardiograma y eco-doppler, estudios hemodinámicos.

4. Neurofisiología Clínica. La cobertura de la presente póliza incluye los siguientes medios de diagnóstico en la neurofisiología clínica: electroencefalograma, electromiograma, potenciales evocados, polisomnografía (estudio del sueño).

5. Endoscopias. La cobertura de la presente póliza incluye los servicios de endoscopia.

6. Urodinámica. La cobertura de la presente póliza incluye los estudios urodinámicos.

E. Otros servicios

1. Ambulancias. La cobertura de la presente póliza incluye los traslados en ambulancia terrestre siempre que sean motivados por situaciones de urgencia.

2. Logopedia y foniatría. La cobertura de la presente póliza incluye el tratamiento de la logopedia y foniatría exclusivamente en los casos de rehabilitación tras laringectomía.

3. Comadronas. La cobertura de la presente póliza incluye el servicio de comadronas en la asistencia al parto.

4. Podología. La cobertura de la presente póliza incluye **seis** quiropodias anuales.

5. Preparación al parto. La cobertura de la presente póliza incluye los gastos por asistencia a programas de preparación al parto.

6. Medicina preventiva. La cobertura de la presente póliza incluye un chequeo médico **anual**, siempre y cuando se realice en un Centro Médico concertado por la Mutualidad. Dicho chequeo médico incluirá una exploración física completa, una analítica elemental de sangre y orina, y un electrocardiograma.

7. Prótesis. La cobertura de la presente póliza incluye el coste de las siguientes prótesis: válvulas cardíacas, marcapasos, bypass vascular, material de osteosíntesis y prótesis internas traumatológicas.

8. Trasplantes. En todo trasplante se excluyen, expresamente, todos los trámites para la gestión y obtención del órgano a trasplantar así como su coste. La cobertura de la presente póliza incluye todos los trasplantes de órganos. En cualquier caso se excluirán todos aquellos trasplantes efectuados en centros de titularidad pública o de concertación con entidades públicas.

F. Tratamientos especiales

Son objeto de la cobertura de la presente póliza, siempre que hayan sido prescritos por un facultativo, los gastos derivados de los siguientes tratamientos especiales:

1. Aerosolterapia, ventiloterapia y oxigenoterapia. La cobertura de la presente póliza incluye los servicios de aerosolterapia, ventiloterapia y oxigenoterapia a domicilio, siendo la medicación a cargo del Asegurado.

2. Diálisis y riñón artificial. La cobertura de la presente póliza incluye los tratamientos de diálisis y riñón artificial, solo en procesos agudos.

3. Fisioterapia y tratamientos de rehabilitación. La cobertura de la presente póliza incluye los tratamientos de rehabilitación y fisioterapia siempre que deriven de enfermedad o accidente cubiertos por el presente contrato.

4. Litotricia renal. La cobertura de la presente póliza incluye las operaciones de pulverización, dentro de las vías urinarias, el riñón o la vesícula biliar, de las piedras o cálculos que en dichos órganos haya.

5. Nutrición parenteral. La cobertura de la presente póliza incluye durante el periodo de hospitalización, los gastos derivados de la alimentación administrada por una vía distinta de la digestiva o intestinal.

6. Interrupción del embarazo. La cobertura de la presente póliza incluye los gastos que se deriven de la interrupción del embarazo, sólo en los casos establecidos en la legislación vigente.

7. Radioterapia, cobaltoterapia y quimioterapia. La cobertura de la presente póliza incluye los servicios de radioterapia, cobaltoterapia y quimioterapia, quedando incluida la medicación.

8. Transfusiones de sangre o plasma. La cobertura de la presente póliza incluye las transfusiones de sangre o plasma derivadas de la hospitalización del Asegurado.

9. Tratamiento del dolor. La cobertura de la presente póliza incluye las técnicas diagnósticas y terapéuticas para el tratamiento sintomático paliativo del dolor.

10. Laserterapia. Queda incluida únicamente en tratamientos de fotocoagulación en oftalmología, en la rehabilitación músculo esquelética, el láser quirúrgico en cirugía vascular periférica, coloproctología, intervenciones quirúrgicas ginecológicas, otorinolaringológicas y dermatológicas, urológicas.

G. Urgencias

Se cubrirán las situaciones de urgencia en los centros designados por la Mutualidad en su cuadro médico. En estos casos no resultan aplicables los periodos de carencia.

Artículo 5. EXCLUSIONES

1. Quedan excluidos del seguro los gastos incurridos en tratamientos médicos o quirúrgicos:

- Que deriven de **enfermedades, lesiones o discapacidades preexistentes**, salvo que hayan sido declarados en el cuestionario de salud y la Mutualidad haya aceptado expresamente su cobertura en las Condiciones Particulares.
- Todos los **actos médicos con fines estéticos** o básicamente estéticos, tales como el láser vascular, dermatológico, etc. así como todos los actos médicos prestados por Centros de Medicina Estética o Dermatología Cosmética.
- **Las consultas odontológicas, los tratamientos odontológicos y estomatológicos y las pruebas específicas dentarias**, excepto las ortopantomografías realizadas en hospitales o centros de radiología.
- Correspondientes al **tratamiento o terapia de drogadicción o alcoholismo, así como enfermedades o accidentes que sean consecuencia de ellos.**
- Las **lesiones que el Asegurado se autoinflinja, o sean consecuencia del intento de suicidio, de cualquier accidente causado por mala fe o intencionadamente por el Asegurado, de su participación en riñas o de actividades delictivas.**
- **Derivado de guerras, revoluciones, terrorismo o alzamiento, de fenómenos naturales** tales como terremotos, inundaciones, erupciones volcánicas y fenómenos meteorológicos o de radiación nuclear o contaminación radiactiva.
- Derivado de **epidemias declaradas oficialmente.**
- Por **esterilidad o infertilidad**, tales como la fecundación in vitro (FIV), inseminación artificial, la microinyección espermática y similares.
- Solamente queda cubierto **el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), complejo relacionado con el SIDA, así como sus consecuencias, hasta el límite que se señala en el Artículo 8.12 de este condicionado.** Los gastos correspondientes a la medicación serán por cuenta del asegurado, excepto en el caso de hospitalización.
- **Enfermedades o accidentes ocasionados por la participación del asegurado en carreras o apuestas, así como la práctica profesional de cualquier deporte.**
- Correspondientes a **exámenes médicos que no tengan fines curativos**, tales como la obtención de carnet de conducir, pruebas de paternidad y pruebas similares.
- Que correspondan a las llamadas "**medicinas alternativas**", tales como homeopatía, acupuntura, quiropráctica, digitopuntura y otras.
- Que correspondan a **técnicas de psicoanálisis, hipnosis, sofrología, narcolepsia y tests psicológicos.**
- Que correspondan a honorarios por **tratamientos o diagnósticos en balnearios o curas de reposo**, aun cuando hayan sido prescritas por un médico.
- **Asistencia y tratamiento hospitalario por motivos sociales.**
- Todas las **técnicas que utilicen láser**, salvo lo indicado en el punto F-10 de los tratamientos especiales
- Los tratamientos de **fisioterapia y/o rehabilitación, cuando se haya conseguido la recuperación funcional o el máximo posible.**
- Que correspondan a **pruebas o test genéticos** que tengan por finalidad conocer la predisposición del Asegurado o de su descendencia a padecer ciertas enfermedades relacionadas con el mapa genético.
- Todas las **pruebas genéticas que se encuentren en fase de investigación** o cuya utilidad diagnóstica no esté demostrada.
- Todas las **pruebas diagnósticas y/o terapéuticas cuyo uso no sea habitual o esté aceptado por el sistema de salud.**

- Se excluyen las **enfermedades psiquiátricas crónicas**.
- Se excluyen los **tratamientos de diálisis y riñón artificial en procesos crónicos**.
- En ningún caso estarán incluidos los **gastos ginecológicos y obstétricos incurridos por una asegurada que estuviese embarazada con anterioridad a la suscripción de la presente póliza**.

2. Se excluye asimismo la cobertura de cualquier gasto médico o quirúrgico:

- **Devengado mientras la cobertura se hallase suspendida por impago de primas**.
- **Que corresponda a servicios prestados por el cónyuge o parientes del Asegurado, hasta el tercer grado de consanguinidad o afinidad**.

Artículo 6. LIMITACIONES AL CUADRO MÉDICO

La prestación se garantizará siempre que el proceso esté cubierto por el presente condicionado y se produzca en el transcurso de vigencia de la póliza, **estableciéndose un máximo anual por asegurado de ciento cincuenta mil (150.000) euros para gastos sanitarios**.

- 1-Por hospitalización psiquiátrica: sesenta (60) días al año.
- 2-Por logopedia y foniatría: un período máximo de seis (6) meses.
- 3-Por diálisis y riñón artificial sólo en procesos agudos
- 4-Queda excluída la cirugía oftalmológica con laser de miopía, astigmatismo y/o hipermetropía

Artículo 7. REEMBOLSO

1. La Mutualidad reembolsará al Asegurado el 90 por 100 de los gastos satisfechos por éste con ocasión de su hospitalización en territorio español, cuya cobertura se incluya en el presente contrato.

2. La Mutualidad reembolsará al Asegurado el 80 por 100 para el resto de los gastos (no hospitalarios) satisfechos por éste en territorio español y para todo tipo de gastos generados en el Extranjero, cuya cobertura se incluya en el presente contrato.

Artículo 8. LIMITACIONES AL REEMBOLSO

Con independencia de los porcentajes de reembolso recogidos en el apartado anterior, el importe que la Mutualidad reembolsará por la utilización de determinados servicios o especialidades no excederá de los siguientes límites:

1. Por gastos satisfechos por el Asegurado, tanto dentro como fuera del territorio español, correspondientes a las coberturas incluidas en el presente contrato: 150.000 euros anuales.
2. Por honorarios derivados de intervención quirúrgica, 130.000 euros anuales, además conforme a la Clasificación de actos y técnicas médicas de la Organización Médica Colegial de España (O.M.C.), se establecen los siguientes grupos con sus respectivos límites de reembolso por acto médico:

Cirugía ambulante y menor	
Grupo 0	150 euros
Grupo 1	210 euros
Grupo 2	510 euros
Cirugía media	
Grupo 3	1050 euros
Grupo 4	1680 euros
Cirugía mayor	
Grupo 5	2100 euros
Grupo 6	2700 euros
Grupo 7	5000 euros

Gran cirugía
Grupo 8 9000 euros

3. Por honorarios en proceso no quirúrgico; 90 euros/día.

4. Por honorarios en medicina ambulatoria; 20.000 euros al año, con los siguientes límites parciales.

Consulta medicina general	100 euros
Consulta especialista	150 euros
Consulta pediátrica	150 euros
Consulta psiquiátrica	150 euros

5. Por gastos por hospitalización, se establecen los límites específicos detallados a continuación.

Estancia médica	180 euros/día.
Estancia U.V.I.	360 euros/día.
Estancia pediátrica	180 euros/día.
Estancia psiquiátrica	180 euros/día.
Estancia hospitalaria día	180 euros/día.
Parto normal	2.100 euros.
Parto por cesárea	3.000 euros.

6. Por cirugía con laser de miopía, astigmatismo y/o hipermetropía: 750 euros por cada ojo.

7. Por logopedia y foniatría: un período máximo de 6 meses.

8. Por preparación al parto: 180 euros por embarazo.

9. Por enfermedades congénitas del recién nacido, siempre y cuando el parto esté cubierto por esta póliza de seguro y el Asegurado Titular haya solicitado su inclusión en el contrato en el plazo de 30 días desde el nacimiento: con un límite de 6000.- euros.

10. Por prótesis: 6000.- euros anuales.

11. Por fisioterapia y rehabilitación: 750 euros anuales.

12. En caso de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA):

Gastos ambulatorios	3.000 euros/año
Gastos hospitalarios	6.000 euros/año

Artículo 9. PERIODOS DE CARENCIA

La Mutualidad está obligada a asumir los gastos médicos o quirúrgicos que son objeto de cobertura por la presente póliza desde la fecha de efecto para cada Asegurado. No obstante, se establecen los siguientes periodos de carencia, a contar desde la fecha de alta del asegurado, para los servicios o especialidades que se indican a continuación:

1. Diez (10) meses para la hospitalización.

2 Diez (10) meses para la realización de intervenciones quirúrgicas.

3. Seis (6) meses para los siguientes medios de diagnóstico de alta tecnología: scanner (TAC), resonancia magnética (RMN), angiografía, arteriografía digital, medicina nuclear, polisomnografía, PET, electromiografía, potenciadores evocados, gammagrafía y analíticas especiales.

4. Seis (6) meses para los tratamientos especiales recogidos en el artículo 4-F del presente condicionado.

5. Seis (6) meses para la planificación familiar.

6. Diez (10) meses para los gastos derivados del embarazo y parto.

Artículo 10. ANTICIPOS

1. El Asegurado podrá solicitar al Asegurador un anticipo para atender al pago de gastos por actos o servicios médicos cubiertos por esta póliza cuya cuantía se prevea superior a 600 euros.
2. Junto con la solicitud será preciso presentar un presupuesto elaborado por el Centro Médico o facultativo interviniente. Si al Asegurado se le hubiese exigido un depósito previo sería suficiente con la presentación del documento en el que se justifique éste.
3. La Mutualidad concederá como máximo un anticipo por el 60 por 100 de la cantidad solicitada, previa firma del Asegurado o de su representante del documento en el que se reconozca la entrega del mismo.
4. La Mutualidad se reservará el derecho de compensar el anticipo concedido al Asegurado en los primeros reembolsos de gastos médicos que éste le solicite.

Si, por cualquier circunstancia, no se llevase a cabo el acto médico para el cual se solicitó el anticipo el Asegurado procederá a su reintegro inmediato.

Artículo 11. PRESTACIONES

1. El reembolso de los gastos por la Mutualidad se efectuará mediante transferencia bancaria a la cuenta corriente facilitada por el Tomador en la solicitud de aseguramiento.
2. Para obtener el reembolso de los gastos cubiertos por este seguro, el Tomador o el Asegurado deberán cumplimentar la correspondiente solicitud de reembolso, según modelo de la Mutualidad, a la que se acompañarán necesariamente las prescripciones médicas originales, las facturas originales correspondientes y todos los informes médicos pertinentes relativos a tales facturas. Las facturas correspondientes deberán reunir los requisitos exigidos en cada momento por la normativa tributaria y, en todo caso, incluirán los datos identificativos de la persona física o jurídica que ha prestado el servicio (nombre y apellidos o denominación social, número de identificación fiscal, domicilio, número de colegiado y especialidad médica), del asegurado destinatario del servicio (nombre y apellidos) y del acto médico prestado (descripción, fecha y coste).

En todo caso, la Mutualidad podrá solicitar del Asegurado toda la información que estime necesaria para completar la documentación remitida. El Asegurado autoriza al Asegurador para solicitar dicha información directamente de quienes hayan prestado el servicio, liberándolos si fuera menester de su obligación de secreto profesional, así como para que los médicos designados por el propio Asegurador efectúen los exámenes médicos o revisiones que estimen oportunos.

- 3.- Los Asegurados o persona que les representen comunicarán previamente a la Mutualidad cualquier intervención quirúrgica u hospitalización del Asegurado en un Centro Médico a efectos de que se autoricen los mismos. En los supuestos de urgencia, ésta comunicación se realizará en el plazo máximo de 7 días. La comunicación comprenderá todos los detalles acerca del proceso determinante de la intervención quirúrgica u hospitalización y cuantos datos sean necesarios o requeridos por la Mutualidad.
4. El Tomador o el Asegurado tienen un plazo de 2 meses para la presentación de la solicitud de reembolso.

Artículo 12. CUADRO MÉDICO Y AUTORIZACIONES

1. La Mutualidad podrá establecer acuerdos con hospitales, médicos, ATS/DUE, laboratorios de análisis o cualquier otro centro o profesional cuyos servicios puedan estar cubiertos por este contrato. Con tales acuerdos, la Mutualidad configurará su Cuadro Médico, que será entregado al Tomador y a los Asegurados en el momento de suscribir este contrato. El Cuadro Médico está sujeto a variaciones, fundamentalmente altas y bajas de profesionales.

El mutualista puede consultar el Cuadro Médico en la web de Previsora General www.previsorageneral.com

2. La Mutualidad proporcionará a cada Asegurado una tarjeta sanitaria, que podría incluir una fotografía digital del Asegurado. Esta tarjeta sanitaria es propiedad de la Mutualidad y su uso es personal e intransferible por el Asegurado. El Asegurado deberá comunicar inmediatamente la pérdida o sustracción de la tarjeta en un plazo de setenta y dos (72) horas, para su anulación por la Mutualidad. La Mutualidad no será responsable por el uso indebido o fraudulento de la tarjeta en tales supuestos. El Asegurado deberá devolver en un plazo de setenta y dos (72) horas la tarjeta sanitaria en el momento en que quede resuelta esta póliza de seguro.
3. El Asegurado se obliga a presentar la citada tarjeta sanitaria al requerir cualquiera de los servicios concertados en el Cuadro Médico. La Mutualidad liquidará directamente la totalidad de los gastos correspondientes a la utilización de tales servicios, quedando exonerado de efectuar reembolso alguno de los gastos que el Asegurado hubiera podido satisfacer por no presentar su tarjeta sanitaria, así como lo que hubiese abonado por mejoras por él solicitadas y no comprendidas en los acuerdos firmados por la Mutualidad para la confección del Cuadro Médico.
4. Los Asegurados o persona que les representen comunicarán a la Mutualidad en el plazo máximo de 72 horas de antelación

cualquier intervención quirúrgica u hospitalización del Asegurado en un Centro del Cuadro Médico a efectos de que se autoricen los mismos. En los supuestos de urgencia, ésta comunicación se realizará en el plazo máximo de 7 días. La comunicación comprenderá todos los detalles acerca del proceso determinante de la intervención quirúrgica u hospitalización y cuantos datos sean necesarios o requeridos por la Mutualidad.

5. Los medios diagnósticos y tratamientos especiales que precisan autorización previa de la Mutualidad para su realización por el Cuadro Médico son los siguientes:

- Análisis clínicos: Cariotipos.
- Radiodiagnóstico: Scanner (TAC), Resonancia Magnética (RMN), Radiología Vascul ar (Angiografía, Arteriografía digital, etc.), Medicina Nuclear y PET.
- Cardiología: Hemodinámica, cateterismo y doppler.
- Neurofisiología: Todas las técnicas (Electroencefalograma, Electromiograma, etc.).
- Diálisis y riñón artificial.
- Radioterapia, cobaltoterapia y quimioterapia.

La solicitud de autorización del Asegurado deberá ir acompañada necesariamente por la prescripción médica correspondiente **y se realizará en un plazo máximo de 72 horas a la realización del acto médico**. En supuestos de **urgencia, dicha autorización deberá solicitarse inexcusablemente en el plazo máximo de 7 días desde el momento en que se haya producido dicha urgencia**.

La Mutualidad, una vez recibida la solicitud de autorización, dispone de 72 horas hábiles para autorizar la prestación y, si fuera preciso por parte del Área de Inspección Médica, recabar los informes médicos que se consideren necesarios. La Mutualidad remitirá, en su caso, la autorización directamente al facultativo o centro que haya de realizar la prestación solicitada. El asegurado deberá entregar la receta al facultativo o centro que haya de realizar la prestación cuando se proceda al mismo.

Para el cumplimiento de las garantías contratadas, el asegurado autoriza expresamente que sus datos de carácter personal, incluidos los de salud, puedan ser comunicados, previamente, entre la entidad aseguradora y los médicos, centros sanitarios, hospitales u otras instituciones o personas. Los datos deben ser adecuados, pertinentes y no excesivos para las finalidades expresadas en relación con el contrato de seguro, cuya ley reguladora obliga al asegurado a informar a la Mutualidad de las causas que motivan la prestación, para que pueda solicitar de los prestadores de los servicios sanitarios tal información para el cumplimiento de estos fines en relación con su salud y el tratamiento sanitario que este recibiendo.

Artículo 13. DURACIÓN DEL CONTRATO Y RESCISIÓN

El contrato entra en vigor en la fecha y hora señaladas en el contrato de seguro y una vez satisfecho al Asegurador el pago del primer recibo de prima.

La cobertura pactada tendrá una duración de un año, entendiéndose prorrogada por periodos anuales, salvo que alguna de las partes notifique por escrito a la otra parte, la oposición a la prórroga del contrato con un mes de antelación 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 el asegurador.

Artículo 14. DE LA PRIMA DEL SEGURO

Pago de la prima

El Tomador del seguro o el Asegurado, en su caso, está obligado al pago de la primera prima o de la prima única en el momento de la perfección del contrato. Las sucesivas primas se deberán hacer efectivas en sus correspondientes vencimientos.

Si por culpa del tomador o del asegurado, en su caso, la primera prima no ha sido pagada, o la prima única no lo ha sido a su vencimiento, el Mutuality tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima debida en vía ejecutiva con base en la póliza. En todo caso, y salvo pacto en contrario en condición particular, si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, la Mutuality quedará liberada de su obligación.

En caso de falta de pago de una de las primas siguientes a la primera, o el impago de cualquiera de los fraccionamientos de la misma, la cobertura quedará suspendida a partir del transcurso de un mes después del día de su vencimiento. Si la Mutuality no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima, se entenderá que el contrato queda extinguido *ex lege*.

Si la póliza se anulase por causas ajenas a la Mutuality, antes de terminar cualquier anualidad de seguro, el tomador del seguro o el Asegurado deberá satisfacer las fracciones de prima que falten para completar el importe de la prima anual.

Podrá convenirse el cobro de los recibos de prima mediante domiciliación bancaria, en cuyo supuesto el tomador del seguro entregará a la Mutuality una carta dirigida al establecimiento bancario dando la orden oportuna al efecto, obligándose a notificar a la Mutuality las modificaciones de la domiciliación. El impago derivado del incumplimiento de dicha obligación no perjudicará a la Mutuality, estándose en cuanto a sus consecuencias a lo establecido para el impago de primas.

El asegurador, de acuerdo con sus bases técnicas, podrá actualizar anualmente la prima, en función de criterios estadísticos y financieros, estableciéndose la equivalencia actuarial para fijar la prima. Esta actualización se fundamentará en el aumento de la frecuencia de las prestaciones, la incorporación de nuevas coberturas o cualquier otro parámetro de consecuencias similares. En cualquier caso se tendrán en cuenta los principios de indivisibilidad, invariabilidad, suficiencia y equidad.

Con independencia de las mencionadas actualizaciones, la prima o cuota anual se establece en cada renovación teniendo en cuenta la edad alcanzada por el asegurado, aplicándose la tarifa de primas o cuotas que la Mutualidad tenga en vigor en la fecha de cada renovación. El mutualista presta conformidad expresa a las variaciones que, por este motivo, se produzcan en el importe de las primas o cuotas.

Si por causas ajenas a la Mutualidad, el prestador del servicio sanitario incrementa o disminuye su política de precios, la Mutualidad podrá, mediante los cauces legales y/o reglamentarios previstos, variar el importe de la prima durante la anualidad en curso.

El pago de los tributos legalmente repercutibles de cualquier naturaleza, creados o por crear, que se devenguen por razón de este seguro o en relación con el mismo, serán satisfechos por el tomador o, en su caso, por el asegurado.

Artículo 15. COMUNICACIONES

1. Todas las comunicaciones derivadas de la presente póliza deberán hacerse por escrito.
2. Las comunicaciones al Asegurador se dirigirán al domicilio de éste o a sus oficinas que aparezcan recogidas en las Condiciones Particulares.
3. Las comunicaciones al Tomador y al Asegurado se dirigirán al domicilio recogido en las Condiciones Particulares, salvo que se haya notificado su cambio de forma fehaciente.

Artículo 16. NORMATIVA APLICABLE

El presente contrato se regirá, en general, por las normas de todo tipo vigentes en cada momento, de ámbito comunitario, estatal o autonómico.

En particular, serán de aplicación la Ley 50/1980 de Contrato de Seguro, la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras, el Real Decreto 1060/2015 de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, el Real Decreto Legislativo 6/2004 que aprueba Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, el Real Decreto 2486/1998 que aprueba el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, el Real Decreto 1430/2002 que aprueba el Reglamento Mutualidades de Previsión Social, el Real Decreto 303/2004 que aprueba el Reglamento de los comisionados par la defensa del cliente de servicios financieros y la Orden ECO 734/2004 Departamento y Servicios de Atención y Defensor del Cliente y por la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal y el Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre de desarrollo de la Ley Orgánica de Protección de Datos.

En cuanto al régimen fiscal resulta de aplicación Real Decreto Legislativo 3/2004 que aprueba la Ley del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas y el Real Decreto 1775/2004 que aprueba su Reglamento, así como en su caso, por la Ley 29/1987 del Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones, o, por las normas tributarias que las modifiquen o puedan sustituirlas.

El presente Condicionado, contiene las condiciones aplicables a la relación de protección entre la Mutualidad y el Asociado/Tomador, el Asegurado y, en su caso el Beneficiario. Dichas normas han de ser interpretadas y aplicadas de acuerdo con las disposiciones legales y reglamentarias de la actividad de Previsión Social.

La Mutualidad ha celebrado el contrato y elaborado la póliza de acuerdo con la Solicitud del Tomador del Seguro y en base a sus respuestas al Cuestionario previo correspondiente, así como en base a las declaraciones que sobre su estado de salud formule el Asegurado en el Cuestionario o reconocimiento médico oportuno, únicos datos conocidos por la Mutualidad y de ahí la importancia de una exacta y correcta declaración.

Artículo 17. TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

1. La entrega de todos los datos personales facilitados a la Aseguradora en la solicitud es totalmente voluntaria, pero necesaria para la formalización de la póliza y el mantenimiento de la relación contractual.
2. En cumplimiento de lo previsto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Aseguradora informa al Tomador del seguro de que los datos suministrados se incluirán en ficheros automatizados de su propiedad, siendo ésta la responsable de los mismos. Los datos serán tratados de forma automatizada tanto por la Aseguradora como por aquellas entidades que, de acuerdo con la finalidad y objeto del contrato, así como por cuestiones de coaseguro y reaseguro, intervengan en la gestión de la póliza, al exclusivo efecto del correcto cumplimiento de las obligaciones pactadas.

Dicho fichero contendrá, además, las informaciones que comuniquen sus colaboradores, como médicos o personal sanitarios, mediadores y otros, y tendrá por finalidad la prestación aseguradora suscrita en este contrato. No obstante se advierte que dichas personas o entidades colaboradoras serán los responsables de los datos serán de su exclusiva responsabilidad, debiendo Usted dirigirse a las mismas para cuestiones relativas al tratamiento de sus datos, declinando Previsora General cualquier responsabilidad al respecto.

3.- El Tomador y los Asegurados autorizan a la entidad aseguradora al tratamiento mecanizado de los referidos datos, comprendiendo los que afecten al estado de salud, incluso en el caso de que ello requiera la cesión a que se acaba de hacer referencia, a los exclusivos efectos de que la aseguradora pueda cumplir adecuadamente con su prestación.

El consentimiento del Tomador y de cada Asegurado se expresa al firmar la solicitud de aseguramiento. Si un Asegurado concreto manifestara su oposición a la inclusión de sus datos en estos ficheros o su posterior tratamiento informático, el contrato de seguro no podrá llevarse a efecto respecto del mismo.

4. El Tomador y el Asegurado podrán ejercer respecto de los ficheros automatizados los derechos reconocidos por la ley. Posteriormente, gozarán, entre otros, de los derechos de acceso, modificación y cancelación de los datos contenidos en el referido fichero informático. A tal efecto se dirigirá por escrito a Previsora General, C. Balmes 28 de Barcelona (C. P. 08007), indicando en el asunto del mensaje "Protección de Datos – Ejercicio de Derechos".

5.- Mientras no nos comunique lo contrario, entenderemos que sus datos no han sido modificados, que usted se compromete a notificarnos cualquier variación y que tenemos su consentimiento para utilizarlos para las finalidades mencionadas.

6.- Conforme al Artículo 24 LOSSP la Aseguradora informa que los datos o parte de ellos, así como los que se generen en caso de siniestro, serán cedidos a entidades públicas relacionadas con el sector asegurador con fines estadístico-actuariales y de prevención del fraude, en la selección de riesgos y en la liquidación de siniestros.

7. Así mismo, tenemos su consentimiento para ceder sus datos a las empresas pertenecientes del grupo. En virtud de lo que dispone el artículo 21 de la Ley 34/2002 de servicios de la sociedad de la información y de comercio electrónico, solicitamos su consentimiento para poderle enviar información relacionada con nuestros productos o servicios que consideremos pueda ser de su interés, ya sea por correo postal o electrónico, por parte de PREVISORA GENERAL y/o de empresas del grupo con la finalidad de facilitar la comercialización de otros productos.

- He leído y acepto recibir publicidad de PREVISORA GENERAL y empresas del grupo.
- He leído y no acepto recibir publicidad de PREVISORA GENERAL y empresas del grupo.

Podrá revocar su consentimiento, en cualquier momento, dirigiéndose al siguiente correo electrónico:
lopd@previsorageneral.com.

Artículo 18. PROTECCIÓN DEL ASEGURADO

El asegurado, en caso de disconformidad con la Mutualidad, o con algún Agente de ésta, podrá exponer sus quejas o reclamaciones, según proceda, ante el Servicio de Atención al Cliente o ante el Defensor del Cliente, los cuales deberán emitir la resolución correspondiente a la queja o reclamación planteada en el plazo máximo de dos meses desde su presentación.

A tal efecto la Mutualidad tiene en todas sus oficinas abiertas al público, así como en su página web, el reglamento de funcionamiento de dichos servicios, así como la dirección postal y electrónica de contacto.

Denegada la admisión de la queja o reclamación, o desestimada, total o parcialmente, su petición o transcurrido el plazo de dos meses desde la fecha de su presentación sin que haya sido resuelta, el interesado podrá presentarla ante la Administración supervisora de la Mutualidad.

Artículo 19. DECLARACION , DISMINUCIÓN Y AGRAVACIÓN DEL RIESGO

19.1 Valoración del riesgo

El presente contrato tiene como base las declaraciones formuladas por el Tomador del Seguro en la correspondiente Solicitud o en la Proposición que en su caso formule la Mutualidad, así como en el Cuestionario presentado por éste y cumplimentado por el tomador del Seguro, todo lo cual motiva la aceptación del riesgo por parte de la Mutualidad y determinará los derechos y obligaciones derivadas del presente contrato para ambas partes.

Si el contenido de la póliza difiere de la proposición o de la Solicitud de Seguro, podrá subsanarse dicha divergencia mediante reclamación por parte del Tomador del Seguro, en el plazo de un mes a contar desde la fecha efecto de la póliza. Transcurrido dicho plazo sin haberse efectuado la citada reclamación, se estará a lo dispuesto en la póliza

Antes de la suscripción del contrato, deberán declararse por el Tomador del Seguro todas las circunstancias conocidas por el mismo que influyan en la valoración del riesgo por parte de la Mutualidad, contestando muy especialmente y con detalle las preguntas del Cuestionario que éste haya presentado.

El tomador del seguro o asegurado deberá declarar en el cuestionario de salud previo a la contratación de la póliza, si ha tenido o tiene una póliza de seguros que cubra el mismo riesgo que ha contratado con la Mutualidad. En caso afirmativo, la Mutualidad podrá reducir el capital asegurado.

Si contrata una póliza que cubra el mismo riesgo con posterioridad a la emitida con la Mutualidad deberá comunicarlo a esta en el plazo de 1 mes desde su contratación.

Si se produce un siniestro y, de los datos aportados se averigua que el tomador del seguro ha faltado a la verdad, la Mutualidad quedará liberada de su prestación y procederá a la baja inmediata del contrato de seguro.

19.2 Agravación del riesgo.-

Durante la vigencia del Contrato, el Tomador del Seguro o el Asegurado deberá declarar las circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que de haberlas conocido la Mutualidad antes de la perfección del contrato, no hubiese aceptado la cobertura del riesgo o, en su caso, lo hubiese hecho en condiciones más gravosas para el tomador del seguro. En este caso la Mutualidad podrá proponer al Tomador del seguro una modificación del contrato en un plazo de dos meses a contar desde la declaración de la agravación por parte de éste. El tomador del seguro tiene un plazo de quince días para aceptar o rechazar dicha propuesta; en caso de rechazo o de silencio por parte del tomador del seguro, la Mutualidad podrá, transcurrido dicho plazo, rescindir el contrato, previa advertencia al tomador, concediendo al tomador del seguro un nuevo plazo de quince días, transcurrido el cual y dentro de los ocho días siguientes deberá la Mutualidad comunicar al Tomador del seguro la rescisión definitiva. La Mutualidad podrá igualmente rescindir el Contrato comunicándolo por escrito al tomador del seguro dentro de un mes a partir del día que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo.

En el caso que el Tomador del seguro o el Asegurado no haya declarado a la Mutualidad la agravación del riesgo, y sobreviniere un siniestro, la prestación de la Mutualidad se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de conocer la verdadera entidad del riesgo. Si el Tomador del seguro ha obrado de mala fe, la Mutualidad quedará liberada de la prestación correspondiente.

19.3 Disminución del riesgo.-

Asimismo, el Tomador del Seguro o el Asegurado podrán declarar durante la vigencia del Contrato aquellas circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubiesen sido conocidas por la Mutualidad en el momento de la perfección del contrato, lo habría celebrado en condiciones más favorables para aquéllos. En este supuesto, al finalizar el periodo en curso del seguro, la Mutualidad deberá reducir el importe de la prima futura en la proporción correspondiente, teniendo derecho el Tomador del seguro, en caso contrario, a la resolución del contrato y a la devolución de la diferencia entre la prima satisfecha y la que le hubiese correspondido pagar, desde el momento que haya puesto en conocimiento de la Mutualidad la disminución del riesgo.

Artículo 20. INDISPUTABILIDAD

El presente título es indisputable a partir de un año contado desde su toma de efecto. Igualmente, cada una de las modificaciones de capital o prestaciones del contrato, son indisputables transcurrido un año desde su toma de efecto.

El Mutualista deberá comunicar cualquier cambio de domicilio, con el fin de que la Mutualidad, de mutuo acuerdo con aquél, pueda adecuar el servicio (con la prima o cuota consiguiente) a la localidad de su nueva residencia, así como para facilitar, si procede, el cambio de domicilio de cobro. En caso contrario, no podrá imputarse a la Mutualidad, el incumplimiento de estas obligaciones, pudiendo el mutualista incurrir, por dicha causa, en el impago de primas o cuotas. No obstante, la falta de comunicación no impedirá que, de conformidad con el artículo 24 de la Ley de Contrato de Seguro, en todo caso sea juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato de seguro el del nuevo domicilio.

El presente título está basado en las declaraciones del Mutualista, en consecuencia:

Toda falsedad relativa al estado de salud de los asegurados, da derecho a la Mutualidad para poder rescindir el contrato mediante declaración dirigida al Mutualista en el plazo de un mes, a contar desde su conocimiento.

Si el contenido del título difiere de la solicitud de seguro o de las cláusulas acordadas, el Mutualista podrá reclamar a la Mutualidad, en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la póliza, para que subsane la divergencia existente. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en el título.

Con el fin de comprobar el adecuado cumplimiento de las condiciones anteriores, la Mutualidad se reserva la facultad de exigir la demostración documental de las edades de los asegurados y de las circunstancias de los óbitos.

Artículo 21. JURISDICCIÓN

Será Juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato de seguro el del domicilio del asegurado.

Artículo 22. ACEPTACIÓN DE LAS CONDICIONES CONTRACTUALES

El tomador declara:

- Haber recibido los Estatutos y la Póliza de Seguro, con las condiciones generales, particulares y los suplementos que le pudieran corresponder, y haber sido adecuadamente informado sobre los mismos, aceptando íntegramente su contenido.
- Haber sido informado y aceptar expresamente las cláusulas limitativas que pudieran existir, en cumplimiento de lo establecido en el Artículo 3 de la ley 50/1980, de 8 de octubre, del contrato de seguro.
- Haber recibido toda la información requerida para la formalización de éste contrato relativa a la identidad de la Mutualidad, la garantía ofrecida, la duración del contrato y condiciones para su rescisión, las condiciones relativas a la prima y a la prestación asistencial.

ANEXOS AL CONDICIONADO

ANEXO I. SEGURO DE ASISTENCIA EN VIAJE A LAS PERSONAS

DISPOSICIONES PREVIAS

Asegurados

Serán titulares del interés aquí asegurado las personas físicas aseguradas en el Seguro de Asistencia Sanitaria de los Seguros denominados "PreviSalud" de Previsora General Mutualidad de Previsión Social a Prima Fija.

Ámbito Territorial

El seguro tiene validez en todo el mundo excepto en España.

Queda expresamente convenido que las obligaciones del Asegurador consistentes en las prestaciones relativas a las personas, finalizan en el instante en que el Asegurado haya regresado a su domicilio habitual o haya sido ingresado en un Centro Sanitario situado como máximo a 30 Km. de distancia del citado domicilio (15 km. En las Islas Baleares o Canarias).

Países excluidos

Quedan excluidos aquellos países que, durante el viaje o desplazamiento del Asegurado, se hallen en estado de guerra o de sitio, insurrección o conflicto bélico de cualquier clase o naturaleza, aún cuando no hayan sido declarados oficialmente.

Duración

Su duración va ligada a la de los Seguro de Asistencia Sanitaria "PreviSalud" de PREVISORA GENERAL del que es complemento.

Validez temporal

Para beneficiarse de las garantías cubiertas, el asegurado debe residir en España y su tiempo de permanencia fuera de su residencia habitual no deberá exceder de 60 días por viaje o desplazamiento.

GARANTÍAS CUBIERTAS

1. Asistencia médica y sanitaria. El Asegurador tomará a su cargo los gastos correspondientes a la intervención de los profesionales y establecimientos sanitarios requeridos para la atención del Asegurado, enfermo o herido.

Quedan expresamente incluidos, sin que la enumeración tenga carácter limitativo, los siguientes servicios:

- a) Atención por equipos médicos de emergencia y especialistas.
- b) Exámenes médicos complementarios.
- c) Hospitalizaciones, tratamientos e intervenciones quirúrgicas.
- d) Suministro de medicamentos en internado, o reintegro de su costo en lesiones o enfermedades que no requieran hospitalización.
- e) Atención de problemas odontológicos agudos, entendiéndose por tales los que por infección, dolor o trauma, requieran un tratamiento de urgencia.
- f) Traslado en ambulancia, por prescripción facultativa, de recorrido exclusivamente local.

El Asegurador toma a su cargo los gastos correspondientes a estas prestaciones en el extranjero, hasta un límite por Asegurado de 9.000€ o su equivalente en moneda local. Los gastos odontológicos se limitan, en cualquier caso, a 30€ o su equivalente en moneda local.

2. Repatriación o transporte sanitario de heridos o enfermos. Si las circunstancias del caso requieren, según criterio médico, el traslado sanitario del Asegurado, el Asegurador toma a su cargo el transporte del mismo, por el medio idóneo - incluso bajo vigilancia médica si procede- hasta el Centro Hospitalario que disponga de las instalaciones necesarias.

Si la hospitalización se realizase en lugar alejado del domicilio del Asegurado, el Asegurador se hará igualmente cargo del subsiguiente traslado al domicilio, en cuanto éste pueda efectuarse.

3. Repatriación o transporte de los demás Asegurados. Cuando en aplicación de la garantía anterior se haya repatriado o trasladado, por enfermedad o accidente, a uno de los Asegurados y ello impida al resto de los Asegurados la continuación del viaje por los medios inicialmente previstos, el Asegurador se hará cargo del transporte de los mismos a su domicilio o al lugar de hospitalización.

4. Repatriación o transporte de menores. Si el Asegurado repatriado o trasladado en aplicación de la garantía Nº 2 viajara en la única compañía de hijos menores de quince años, el Asegurador organizará y tomará a su cargo el desplazamiento, ida y vuelta, de una azafata o de una persona designada por el Asegurado, a fin de acompañar a los niños en el regreso a su domicilio.

5. Desplazamiento de un familiar en caso de hospitalización. Si el estado del Asegurado enfermo o herido, requiere su hospitalización durante un período superior a diez días, el Asegurador pondrá a disposición de un familiar del Asegurado, o de la persona que éste designe, un billete de ida y vuelta, en avión (clase turista) o tren (la clase), para que pueda acompañarlo.

Si la hospitalización se produce en el extranjero, el Asegurador además abonará, en concepto de gastos de estancia del acompañante y contra la presentación de las facturas correspondientes, hasta 42€ por día, y por un período máximo de 10 días.

6. Convalecencia en Hotel. Si el Asegurado enfermo o herido no puede regresar a su domicilio por prescripción médica, el Asegurador tomará a su cargo los gastos de hotel motivados por la prórroga de estancia, hasta 42€ diarias, y por un período máximo de 10 días.

7. Repatriación o transporte del Asegurado fallecido. En caso de defunción de un Asegurado, el Asegurador organizará el traslado del cuerpo hasta el lugar de inhumación en España y se hará cargo de los gastos del mismo, En dichos gastos se entenderán incluidos los de acondicionamiento postmortem, hasta un máximo de 300€ de acuerdo con los requisitos legales. **No estarán comprendidos los gastos de inhumación y ceremonia.**

El Asegurador tomará a su cargo el regreso a su domicilio de los demás Asegurados, cuando éstos no pudieran hacerlo por los medios inicialmente previstos.

8. Regreso anticipado. Si cualquiera de los Asegurados debe interrumpir su viaje a causa del fallecimiento de su cónyuge, ascendiente o descendiente en primer grado, o hermano, el Asegurador tomará a su cargo el transporte, ida y vuelta, en avión (clase turista) o tren (la clase), desde el lugar en que se encuentre al de inhumación en España. Alternativamente a su elección, el Asegurado podrá optar por dos billetes de avión (clase turista) o tren (la clase), hasta su domicilio habitual.

9. Búsqueda, localización y envío de equipajes extraviados. En caso de pérdida de equipajes en vuelo regular, el Asegurador arbitrará todos los medios a su alcance para posibilitar su localización, informar al Asegurado de las novedades que al respecto se produzcan y, en su caso, hacerlo llegar a manos del beneficiario sin cargo alguno para el mismo.

10. Transmisión de mensajes. El Asegurador se encargará de transmitir los mensajes urgentes que le encarguen los asegurados, derivados de los eventos cubiertos por las presentes garantías.

11. Envío de medicamentos en el extranjero. En el caso de que el Asegurado, estando en el extranjero, necesite un medicamento que no pueda adquirir en dicho lugar, el Asegurador se encargará de localizarlo y enviárselo por el conducto más rápido y con sujeción a las legislaciones locales. **Quedan excluidos los casos de abandono de fabricación del medicamento y su no disponibilidad en los canales habituales de distribución en España.**

El Asegurado tendrá que reembolsar al Asegurador el coste del medicamento, a la presentación de la factura de compra del mencionado medicamento.

12. Información legal en el extranjero. En el caso de que el Asegurado tuviera un problema jurídico con terceras personas, relacionado con un accidente sobrevenido en su vida privada, el Asegurador le pondrá en contacto con un Abogado, si existiera en la localidad, para concertar una entrevista con el Asegurado, y a cargo de éste.

Este servicio se facilitará únicamente en los países que mantengan relaciones diplomáticas con España, excepto en los casos de fuerza mayor o en caso de un suceso fuera del control del Asegurador. El Asegurador no se hace responsable del resultado obtenido con motivo de la consulta legal.

13. Delimitaciones de la cobertura. Exclusiones.

Las garantías concertadas no comprenden:

- a) Los hechos voluntariamente causados por el Asegurado o aquellos en que concurra dolo o culpa grave por parte del mismo.
- b) Las dolencias o enfermedades crónicas preexistentes, así como sus consecuencias, padecidas por el Asegurado con anterioridad al inicio del viaje.
- c) La muerte por suicidio o las lesiones o enfermedades derivadas del intento o producidas intencionadamente por el Asegurado a sí mismo, y las derivadas de empresa criminal del asegurado.
- d) Las enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión de alcohol, psicotrópicos, alucinógenos o cualquier droga o sustancia de similares características.

- e) Los tratamientos estéticos y el suministro o reposición de audífonos, lentillas, gafas y prótesis en general, así como los gastos producidos por partos o embarazos y cualquier tipo de enfermedad mental.
- f) Las lesiones o enfermedades derivadas de la participación del Asegurado en competiciones o pruebas deportivas, la práctica del esquí y de cualquier otro tipo de deportes de invierno o de los denominados de aventuras, y el rescate de personas en mar, montaña o desierto.
- g) Las lesiones o enfermedades que dimanen, en forma directa o indirecta de hechos producidos por energía nuclear, radiaciones radioactivas, catástrofes naturales, acciones bélicas, disturbios o actos terroristas.
- h) Cualquier tipo de gasto médico o farmacéutico inferior a 9€.

14. Petición de Asistencia. Ante la producción de un evento que pueda dar lugar a las prestaciones cubiertas, el Asegurado deberá indispensablemente comunicarse con el servicio telefónico de urgencias establecido por el Asegurador, Teléfono **34 93 485 89 58** indicando el Nombre del Asegurado, número de Póliza, lugar y número de teléfono donde se encuentre, y tipo de asistencia que precise; esta comunicación podrá hacerse a cobro revertido.

15. Disposiciones Adicionales. El Asegurador no asumirá obligación alguna en conexión con prestaciones que no le hayan sido solicitadas o que no hayan sido efectuadas con su acuerdo previo, salvo en casos de fuerza mayor debidamente justificados. Cuando en la prestación de los servicios no fuera posible la intervención directa del Asegurador, éste estará obligado a reembolsar al Asegurado los gastos debidamente acreditados que deriven de tales servicios, dentro del plazo máximo de 40 días a partir de la presentación de los mismos.

Estas garantías complementarias, forman parte integrante de la póliza correspondiente, no teniendo validez separadas de la misma. Las Condiciones Generales de dicha póliza son de aplicación en tanto no se opongan a lo que las presentes disponen.

16. Subrogación. Hasta la cuantía de las sumas desembolsadas en cumplimiento de las obligaciones derivadas de la presente Póliza, el Asegurador quedará automáticamente subrogado en los derechos y acciones que puedan corresponder a los Asegurados o a sus herederos, así como a otros beneficiarios, como consecuencia del evento causante de la asistencia prestada.

De forma especial podrá ser ejercitado este derecho por el Asegurador frente a las empresas de transporte terrestre, fluvial, marítimo o aéreo, en lo referente a restitución total o parcial, del costo de billetes no utilizados por los Asegurados o Beneficiarios.

En los supuestos de concurrencia de coberturas con otros seguros públicos o privados, se estará a lo dispuesto al efecto, en la Ley de Contrato de Seguro, en sus Artículos treinta y uno, y treinta y dos.

17. Prestación de los servicios. Los servicios serán atendidos a través de la Organización de ARAG COMPAÑÍA INTERNACIONAL DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., a través del teléfono: **(34) 93 485 89 58**.

ANEXO II. Servicios complementarios AvantSalud

Podrán disponer de este servicio las personas físicas aseguradas en el Seguro de Asistencia Sanitaria de los Seguros denominados "PreviSalud" de Previsora General Mutualidad de Previsión Social a Prima Fija.

Los usuarios, para la utilización del Servicio Baremado "AVANTSALUD", dispondrán de:

- Call Center, personalizado a través de un teléfono línea 902 10 53 11 habilitado a tal efecto, en el que le informarán las 24 horas del día de los 365 días del año.

- Tarjeta personalizada

Cada usuario dispondrá de una tarjeta identificativa que le permita acceder a todos estos servicios baremados. En la misma aparecerá el logo de "AVANTSALUD" y el número 902 10 53 11 habilitado al efecto.

- Página Web

Este servicio, de uso restringido, dispondrá de una página web en la que el usuario puede consultar los distintos proveedores disponibles por localidades y los importes a abonar con carácter general por los servicios prestados.

- Prestación de servicios

Los servicios serán atendidos a través de la Organización **hna SC**.

DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS

1. Servicio Dental

Este servicio comprende determinados servicios dentales gratuitos y el acceso a un Cuadro de Facultativos a precio baremado.

Los servicios dentales gratuitos son:

- Una revisión dental anual, incluyendo el diagnóstico clínico y el presupuesto del tratamiento.
- Una consulta dental anual de urgencia.
- Radiografías intra bucales.
- Educación en materia de higiene bucal.
- Tratamiento de fluoración.
- Retirada de puntos de sutura bucales.
- Pulido de amalgama.
- Periodoncia: diagnóstico y sondaje.
- Una limpieza bucal (Tartrectomía) anual por Asegurado.

El importe correspondiente a cualquier prestación dental distinta de las enumeradas con anterioridad será abonado por el usuario directamente al facultativo, según los baremos del servicio AvantSalud publicados en cada momento.

2. Servicios de Bienestar

Los usuarios accederían a estos servicios abonando directamente al proveedor o los baremos pactados por avantsalud o con descuentos respecto de la lista oficial de precios al público.

- Cirugía Refractiva con Láser Oftálmico.
- Reproducción Asistida. Tratamientos de Infertilidad.
- Termalismo y Balneoterapia

- Centros de Medicina y Cirugía Estética
- Tratamientos de deshabituación tabáquica
- Psicología
- Pedagogía
- Logofoniatría
- Centros de Óptica, Audífonos y Ortopedia
- Naturopatía
- Homeopatía
- Acupuntura
- Podología
- Centros Deportivos
- Veterinarios

3. Servicio de Ayuda a Mayores

Este servicio contribuye a mejorar la calidad de vida de las personas de edad avanzada y/o con discapacidades, a través de:

- Servicio de Asesoramiento Telefónico Gratuito
- Servicios de ayuda personal a mayores o dependientes
- Tratamientos especializados (Asistencia médica)
- Servicio de atención al hogar

Los usuarios accederían a estos servicios abonando directamente al proveedor o los baremos pactados por avantsalud o con descuentos respecto de la lista oficial de precios al público.

4. Segunda Opinión Médica

El usuario de "AVANTSALUD", a través de **hna SC**, podrá solicitar de forma gratuita una segunda opinión médica de la enfermedad que padece, así como recomendaciones diagnósticas y/o terapéuticas, a los especialistas, centros asistenciales y académicos internacionales que **hna SC** disponga.

Este servicio cubre las siguientes enfermedades graves:

- Cáncer
- Enfermedades Cardiovasculares
- Trasplantes de órganos
- Enfermedades neurológicas y neuroquirúrgicas, incluyendo accidentes cerebro vasculares
- Insuficiencia renal crónica
- Enfermedad idiopática de Parkinson
- Enfermedad de Alzheimer
- Esclerosis múltiple

ANEXO III . Servicio de orientación médica telefónica

El asegurador pone a disposición del Asegurado un servicio telefónico permanente, atendido por médicos de familia que le asesorarán sobre cualquier duda o consulta médica.

Los servicios serán atendidos a través de la organización Advance-Medical, a través del teléfono: **902 363 231**.