

En Valencia, a 23 de Junio de dos mil diecisiete



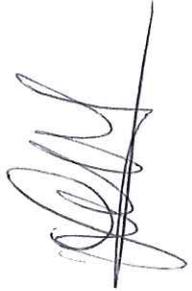
## REUNIDOS,

DE UNA PARTE: La Sra. Carmen Pleite Broseta, con DNI núm. 19.828.674-Y, en su condición de Presidenta de la Junta de Gobierno del **Excmo. Colegio Oficial de Graduados Sociales de Valencia**, con domicilio en la C/ Grabador Esteve, 4 pta. 1 de Valencia y con NIF U-4669004-F, en nombre y representación de la referida entidad.

DE OTRA PARTE: El Sr. Francisco José Jalvo Martínez, con DNI núm. 52.642.050-H, en su condición de Coordinador de **MGC Mutua** (Mutua General de Cataluña, Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija) en la Comunidad Valenciana, domiciliada en Barcelona, calle Tuset 5-11, con NIF V-08846644, en nombre y representación de la mutualidad.

Con el reconocimiento mutuo de la representación con la que actúan y de la mutua capacidad necesaria para contratar y obligarse,

## MANIFIESTAN

- 
- I. Que el **Excmo. Colegio Oficial de Graduados Sociales de Valencia**, en adelante el **Colegio**, está interesado en ofrecer a sus colegiados y familiares de primer grado un servicio de seguros, de carácter complementario a la Seguridad Social pública.
  - II. Que **MGC Mutua** es una entidad de seguros debidamente inscrita con el núm. m0379 en el Registro administrativo de entidades aseguradoras de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía y Hacienda, que dispone de diversos productos aseguradores, regulados en las correspondientes condiciones generales.
  - III. Que la Junta de Gobierno del **Colegio** ha acordado establecer y designar a **MGC Mutua** como la mutualidad del **Colegio**, a los efectos de que sea **MGC Mutua** quien otorgue las coberturas aseguradoras de sus colegiados.
  - IV. Que, después de las correspondientes conversaciones y estudios, las partes han llegado a un acuerdo para la implantación de las mencionadas prestaciones, en virtud del cual se formaliza el presente convenio, que se registrará por las siguientes
- 

## CLÁUSULAS

**Primera.** El **Colegio** ofrecerá a todos sus colegiados y a sus familiares de primer grado con los que convivan, así como a los empleados y familiares del **Colegio** las prestaciones contenidas en las condiciones generales de los diferentes seguros de **MGC Mutua**.

**Segunda.** **MGC Mutua** se obliga a dar a las personas indicadas en la cláusula primera las coberturas correspondientes, de acuerdo con lo que establecen las diferentes condiciones generales reguladoras, desde el momento en que se produzca el alta en las prestaciones.

**Tercera.** Las condiciones de las prestaciones aseguradas son las que disponen las condiciones generales de cada seguro, aprobadas por el Consejo de Administración de **MGC Mutua**, el texto de las cuales se incorpora a este convenio como anexo 1.

**Cuarta.** Como es obvio, y de obligado cumplimiento para cualquier mutualista, en aplicación de la legislación vigente, el **Colegio** asume las posibles modificaciones o condiciones en el ámbito de las coberturas que, con posterioridad a la contratación de cada una, sean debidamente aprobadas por el órgano competente de **MGC Mutua**.

**Quinta.** Las primas para cada persona asegurada, que serán satisfechas directamente por ésta a **MGC Mutua**, mediante domiciliación bancaria, son, para el año 2017, las que constan en el anexo núm. 2. Éstas se abonarán dentro de los diez primeros días del mes siguiente al alta de los asegurados en la prestación y con la misma periodicidad en los meses sucesivos.

**Sexta.** **MGC Mutua** se compromete a facilitar, en todo momento, el soporte comercial, técnico y administrativo que se requiera, con la finalidad de dar el servicio y atención adecuados a los colegiados.

Asimismo, **MGC Mutua** destinará a los miembros de su equipo comercial para desarrollar las actuaciones oportunas, para lo cual el **Colegio** facilitará a **MGC Mutua** una relación de sus colegiados con sus edades, direcciones, teléfonos y e-mails, con la única finalidad de identificarlos para el seguimiento del presente convenio.

Los datos de carácter personal facilitados por el **Colegio** serán utilizados por **MGC Mutua** únicamente para la finalidad propia del presente convenio y con fines publicitarios o comerciales relacionados con la misma, siempre de acuerdo con aquello que prevé la Ley Orgánica 15/1999, sobre Protección de Datos de Carácter Personal y la normativa que la desarrolla.

Ambas partes se comprometen a mantener absoluta confidencialidad y a guardar estricto secreto sobre los datos de carácter personal a que tengan acceso o pudiesen conocer como consecuencia del cumplimiento del presente acuerdo, de acuerdo con lo que dispone la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), y el Reglamento de desarrollo de la LOPD, aprobado por el Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre.

**Séptima. MGC Mutua** es, a todos los efectos, la entidad aseguradora que asume, con responsabilidad exclusiva, las coberturas contratadas.

**Octava.** Con la finalidad de ofrecer un servicio de seguros para todos los colegiados a cargo de **MGC Mutua**, el **Colegio** y **MGC Mutua** contribuirán conjuntamente a la implementación de la mencionada colaboración.

A estos efectos, **MGC Mutua**, de acuerdo con el Colegio elaborará anualmente un plan de acción, para determinar su acción divulgativa y comercial, el cual para el año 2017 se concreta en las acciones que se establecen en el anexo 4 al presente documento.

Por su parte, el **Colegio** dará a conocer a sus colegiados, mediante sus canales habituales de comunicación: web y redes sociales, emailings, entre otros..., la iniciativa que están llevando a cabo conjuntamente con **MGC Mutua**.

**MGC Mutua** y el **Colegio** se reunirán una vez al año para valorar la efectividad del presente acuerdo y poner en común las acciones oportunas de cara al próximo año.

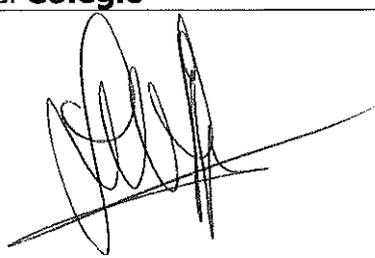
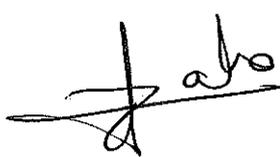
**Novena.** Por sus servicios de distribución, el **Colegio** percibirá anualmente, de toda la nueva producción formalizada durante el año entre sus colegiados, los porcentajes que constan en el anexo núm. 3 sobre las cuotas efectivamente recaudadas.

**Décima.** El convenio tiene una duración de dos años y se prorrogará tácitamente por periodos de igual duración, salvo que alguna de las partes manifieste de manera fehaciente a la otra, con una antelación mínima de dos meses a la fecha de su vencimiento, su voluntad de no prorrogar el convenio.

**Undécima.** Todo aquello no previsto por este convenio se regulará de acuerdo con la normativa vigente sobre contratación de seguros.

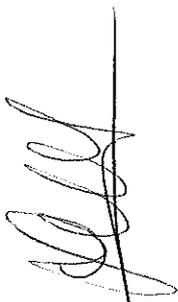
Y como prueba de conformidad, las partes firman el presente convenio en dos ejemplares, a un solo efecto, en la fecha y lugar indicados en el encabezamiento.

*Jalvo*

Por el <b>Colegio</b>		Por <b>MGC Mutua</b>
		
<b>Sra. Carmen Pleite Broseta</b> Presidente		<b>Sr. Francisco José Jalvo Martínez</b> Coordinador de MGC Mutua

**ANEXO 1**

**Condiciones generales seguros de salud**

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'J. L. L.', written in a cursive style.A handwritten signature in black ink, appearing to be 'R. L. L.', written in a cursive style.

## A NEXO 2

### Primas año 2017

#### A-S GLOBAL (MODALIDAD A)

Edad	Importe (*)
0 a 1 año	<b>113,30</b>
2 a 4 años	<b>97,18</b>
5 a 9 años	<b>79,13</b>
10 a 19 años	<b>83,18</b>
20 a 24 años	<b>98,83</b>
25 a 29 años	<b>105,26</b>
30 a 34 años	<b>128,78</b>
35 a 39 años	<b>132,27</b>
40 a 44 años	<b>135,98</b>
45 a 49 años	<b>173,18</b>
50 a 54 años	<b>191,26</b>

#### A-S GLOBAL (MODALIDAD B)

Edad	Importe (*)
0 a 1 año	<b>100,66</b>
2 a 4 años	<b>86,42</b>
5 a 9 años	<b>72,08</b>
10 a 19 años	<b>75,16</b>
20 a 24 años	<b>88,24</b>
25 a 29 años	<b>94,38</b>
30 a 34 años	<b>111,40</b>
35 a 39 años	<b>114,11</b>
40 a 44 años	<b>117,71</b>
45 a 49 años	<b>146,89</b>
50 a 54 años	<b>162,99</b>

#### A-S TOTAL

Edad	Importe (*)
0 a 1 año	<b>67,35</b>
2 a 4 años	<b>57,73</b>
5 a 9 años	<b>48,96</b>
10 a 14 años	<b>49,67</b>
15 a 19 años	<b>49,99</b>
20 a 24 años	<b>58,58</b>
25 a 29 años	<b>63,76</b>
30 a 34 años	<b>65,38</b>
35 a 39 años	<b>65,96</b>
40 a 44 años	<b>67,29</b>
45 a 49 años	<b>76,69</b>
50 a 54 años	<b>85,78</b>

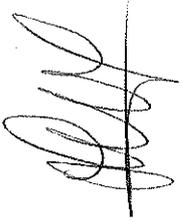
#### A-S JUNIOR

Edad	Importe (*)
0 a 2 años	<b>72,78</b>
3 a 23 años	<b>38,14</b>

(\*) El importe que consta corresponde al fraccionamiento mensual de la prima anual.

**ANEXO 3**  
**Condiciones económicas**

<b>Producto</b>	<b>% sobre las cuotas pactadas</b>
A-S TOTAL	2 %
A-S GLOBAL	2 %
A-S JUNIOR	2 %





MÚTUA

General de Catalunya

Aprobación Consejo de Administración 09 de febrero de 2016

## Asistencia Sanitaria Mixta

### Condiciones generales

#### 1. Cláusula preliminar

El contrato de seguro suscrito con Mutua General de Cataluña, Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija, en adelante la Mutua, se rige por lo expuesto en la Ley 50/1980, de 8 de Octubre, del Contrato de Seguro, la ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, por el Reglamento que lo desarrolla, Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, y por cualquier otra disposición que regule las obligaciones y los derechos de las partes y en concreto, por aquello convenido en las condiciones generales y particulares y, en su caso, en el documento complementario de condiciones específicas.

El control de la actividad de la Mutua corresponde a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía y Hacienda del estado español.

La Mutua dispone de un servicio de Atención al Mutualista, ubicado en la c/ Tuset, núms. 5-11, 08006 de Barcelona, para atender las quejas y/o reclamaciones relacionadas con la actuación de la propia entidad o de sus agentes de seguros, de acuerdo con el procedimiento previsto en la Orden ECO 734/2004, de 11 de marzo, de Protección al Consumidor.

En todas las oficinas de la Mutualidad se encuentra disponible, para su consulta, el Reglamento regulador del Servicio de Atención al Mutualista.

Transcurrido el plazo de dos meses sin obtener respuesta por parte del Servicio de Atención al Mutualista o no siendo ésta de su conformidad, pueden dirigirse al Servei de Reclamacions de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, con domicilio en el Paseo de la Castellana, número 44, 28046 de Madrid.

En todo caso, el cliente puede acudir a los Tribunales de justicia competentes o bien someterse a la decisión de un órgano arbitral aceptado por ambas partes.

Si el contenido de la póliza difiere de la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas, el tomador del seguro podrá reclamar a la Mutua 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 la póliza.

#### 2. Definiciones

A efectos de esta póliza de seguro, se entiende por:

- **Accidente:** hecho producido durante la vigencia del seguro por una causa externa, súbita, violenta y ajena a la voluntad de la persona protegida y que produce una lesión.

- **Acto médico:** Visita médica, prueba de diagnóstico, acto terapéutico, traslado en ambulancia, sesión de rehabilitación, intervención quirúrgica, acto anestésico y cualquier otro acto asimilable. En caso de Hospitalización, y a efectos de la aplicación de la franquicia por acto, en su caso, se computará como acto médico cada día de estancia.
- **Actuación preventiva:** acción o asistencia dirigida a evitar lesiones o enfermedades antes de que éstas se produzcan efectivamente, o encaminada a prevenir posibles complicaciones de enfermedades o lesiones ya existentes pero que no se encuentran en fase aguda.
- **Asistencia:** servicio necesario prestado por un profesional sanitario legalmente habilitado.
- **Causa no patológica:** aquella que no deriva de una enfermedad ni de una lesión.
- **Declaración de Salud:** formulario suministrado por la Mutua y cumplimentado y firmado por una persona física, que contiene una declaración sobre el estado de salud de ésta o bien sobre el estado de salud de una persona que está bajo su tutela.
- **Enfermedad:** alteración del estado de salud diagnosticada por un médico, producida durante la vigencia del seguro y no derivada de accidente, que hace necesaria una asistencia médica.
- **Franquicia:** parte del importe del gasto generado por el siniestro que, en aquellos casos específicamente establecidos, va a cargo de la persona protegida.
- **Hospital, clínica o centro hospitalario:** centro, público o privado, legalmente autorizado para el tratamiento de enfermedades o lesiones que cumple las condiciones siguientes:
  1. Estar provisto de los medios necesarios para realizar diagnósticos y para practicar tratamientos médicos y/o intervenciones quirúrgicas.
  2. Admitir únicamente el ingreso de personas enfermas o lesionadas.
  3. Disponer de médicos y personal sanitario durante las 24 horas del día.
  4. Practicar los tratamientos médicos y las intervenciones quirúrgicas necesarias exclusivamente mediante profesionales cualificados.

En ningún caso se consideran hospitales los balnearios, las casas de reposo, los asilos, los centros dedicados al tratamiento de enfermedades crónicas ni los establecimientos o las instituciones similares a los citados.
- **Lesión:** cambio patológico en un tejido o en un órgano sano que altera la integridad física o el equilibrio funcional y que comporta un daño anatómico o fisiológico.
- **Médico:** doctor o licenciado en medicina legalmente capacitado y autorizado para tratar médica o quirúrgicamente una enfermedad o lesión.
- **Mutua:** la Mutua General de Cataluña, Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija.
- **Periodo de carencia:** intervalo de tiempo durante el cual, a pesar de que el seguro permanece vigente, no se tiene derecho a recibir una prestación determinada. Cuando se establezca un período de carencia, no se tendrá derecho a la prestación hasta que éste no haya transcurrido totalmente. El pago del importe equivalente a las primas del período de carencia no generará el derecho a la prestación
- **Persona protegida:** persona física expuesta al riesgo asegurado.
- **Póliza:** documento o documentos que contienen las cláusulas y los pactos reguladores del contrato de seguro. Forman parte integrante e inseparable de la póliza estas condiciones generales y, siempre que existan, las condiciones particulares o específicas, así como los apéndices que recojan, en su caso, las modificaciones acordadas durante la vigencia del contrato. La solicitud de seguro y la declaración de salud también forman parte de la póliza.
- **Prestación:** obligación o conjunto de obligaciones que asume la Mutua para con el tomador, la persona protegida o el beneficiario.
- **Prima:** precio de la cobertura, el importe del cual, junto con los impuestos, tasas o recargos que correspondan, ha de ser satisfecho por el tomador o por el asegurado según las condiciones establecidas en la póliza.

- **Proceso:** serie de asistencias encaminadas a curar o mejorar una misma lesión o enfermedad. En ningún caso se considera proceso el conjunto de asistencias o actuaciones sanitarias realizadas para tratar situaciones crónicas.
- **Relación de protección:** relación entre la Mutua y el tomador, la persona protegida y el beneficiario, que procura una protección consistente en la prestación de que se trate en cada caso.
- **Servicios autorizados:** médicos, otros profesionales sanitarios, hospitales y centros sanitarios que figuran en el Cuadro Facultativo y de Servicios Asistenciales Autorizados de la Mutua –con todos los cuales ésta tiene formalizado un contrato o convenio de colaboración- o que figuran en un Cuadro Médico gestionado por un tercero en nombre de la Mutua.

La persona protegida puede escoger libremente, entre los servicios autorizados, al médico, profesional sanitario, hospital o centro sanitario que le prestará la asistencia sanitaria requerida. **Sobre los servicios autorizados recae exclusivamente la responsabilidad de prestar correctamente la asistencia sanitaria de que se trate en cada caso, respecto a la cual la Mutua actúa como gestora para su realización y pago, en los términos establecidos en estas condiciones generales.**

- **Tomador:** persona que suscribe el seguro.
- **Unidad familiar:** cualquier colectivo de los siguientes: 1.- Unidad familiar del tipo A: Grupo formado por el matrimonio o pareja de hecho y los hijos menores de 18 años que convivan con ellos; 2.- Unidad familiar del tipo B: El padre o la madre, que no tengan cónyuge ni pareja de hecho, y los hijos menores de 18 años que convivan con él/ella. Ambos casos (Tipo A y tipo B) incluyen los hijos comunes y los de uno o del otro; 3.- Unidad familiar del tipo C: Grupo de personas aseguradas mediante la póliza contratada por una persona física tomadora del seguro que no constituyen Unidad familiar del tipo A ni del tipo B.
- **Urgencia:** situación grave que requiere una asistencia inmediata porque el retraso podría ocasionar un daño irreparable en la integridad física de la persona protegida.
- **Urgencia hospitalaria:** urgencia que requiere una asistencia hospitalaria inmediata. No tienen esta consideración, por lo tanto, las situaciones siguientes:
  1. Aquéllas que, a pesar de ser graves, no precisen una atención hospitalaria inmediata y puedan ser tratadas correctamente por consulta externa.
  2. Las asistencias y los servicios sanitarios practicados por los servicios ordinarios del hospital después de haber sido atendida la urgencia por parte de los servicios específicos de urgencias del centro.

### 3. Objeto

Mediante este seguro la Mutua asume o reembolsa, total o parcialmente, de acuerdo con los límites establecidos en el anexo 1 de estas condiciones generales, los gastos razonables y usuales derivados de la asistencia prestada a la persona protegida como consecuencia de las enfermedades o accidentes determinados en la póliza.

La obligación aseguradora de la Mutua consiste en poner a los profesionales y centros sanitarios del Cuadro Facultativo y de Servicios Asistenciales Autorizados al alcance y libre elección del mutualista, y en hacer frente al coste asegurado dentro de los parámetros contractuales, **no siendo responsable de los actos asistenciales negligentes, culposos o dolosos cometidos frente al mutualista por los mencionados profesionales y/o centros sanitarios.**

**La libertad de elección de médico y centro comporta la ausencia de responsabilidad directa, solidaria o subsidiaria de la mutua por los actos de aquéllos.**

#### **4. Nacimiento de la relación de protección**

Para que pueda originarse la relación de protección objeto de este seguro es necesario formalizar la suscripción correspondiente y que se cumplan las condiciones siguientes:

1. Tener la persona protegida menos de 55 años de edad.
2. Realizar y mantener la inscripción completa de la unidad familiar de tipo A, B o C definidas en el artículo 2.. En todo caso, para que los menores de edad pueda ser asegurados deberán estar aseguradas las personas a quién corresponda su patria potestad o tutela.
3. Formalizar una Declaración de Salud, mediante los impresos establecidos u otros medios telemáticos, telefónicos o propios de nuevas tecnologías habilitados al efecto y, cuando la Mutua lo hubiese requerido previamente, pasar una revisión médica.

Según las circunstancias que concurren en cada caso, podrán ser admitidos colectivos familiares en los cuales una persona supere los 55 años de edad y sea menor de 64 años, siempre que la media del colectivo familiar del cual aquella forme parte no supere los 54 años y exista entre todos sus miembros un parentesco de primer grado, ya sea por consanguinidad o por afinidad.

La baja en el seguro de uno de los miembros de cualquier tipo de unidad familiar comportará la baja de todos aquellos que integren la unidad familiar correspondiente.

Los asegurados como integrantes de una unidad familiar de tipo A o B causarán baja del seguro cuando dejen de convivir de forma habitual en el domicilio familiar, al vencimiento del período de cobertura en curso. Aquellas personas podrán mantener los derechos adquiridos si, en el plazo de un mes a contar desde la mencionada comunicación, suscriben una nueva póliza con las mismas coberturas que entonces tenían.

#### **5. Descripción de la cobertura**

Las prestaciones cubiertas por esta póliza son las siguientes:

**5.1. Asistencia hospitalaria.**- En concepto de asistencia hospitalaria, la Mutua asume el coste de la asistencia médica o quirúrgica en un hospital prescrita por un médico. Esta asistencia incluye en todo caso los gastos siguientes:

- 5.1.1. Gastos de hospitalización, incluida la manutención del paciente y la habitación con cama de acompañante siempre y cuando sea posible.
- 5.1.2. Gastos por estancia en unidades de vigilancia o cuidados intensivos.
- 5.1.3. Gastos de intervención quirúrgica.
- 5.1.4. Gastos con motivo de parto.
- 5.1.5. Honorarios de cirujanos, médicos y colaboradores de éstos en las intervenciones que se lleven a cabo.
- 5.1.6. Tratamientos necesarios.
- 5.1.7. Exploraciones complementarias para efectuar el diagnóstico.
- 5.1.8. Gastos por material sanitario.
- 5.1.9. Gastos por medicación.

**La cobertura de hospitalización psiquiátrica, sea en régimen de internamiento o de hospital de día, no podrá superar los 90 días naturales al año, tanto si éstos**

**son seguidos como si son consecuencia de diversas hospitalizaciones durante el año.**

Los gastos con motivo de parto incluyen los correspondientes a la sala de parto, la habitación con cama para acompañante, la manutención de la madre y del bebé, los cuidados y el material necesario para efectuarlos, los honorarios del tocólogo, el anestesista, la comadrona y el pediatra, así como los medicamentos necesarios.

Por otra parte, también previa autorización de la Mutua y respetando los criterios de cobertura que ésta establezca, la persona protegida podrá hacer uso de su derecho de internamiento en clínica, hospital o centro autorizado para ser tratada por un facultativo ajeno a los servicios autorizados.

**5.2. Asistencia extrahospitalaria.-** En concepto de asistencia extrahospitalaria, la Mutua asume en los términos establecidos en la póliza los gastos siguientes:

- 5.2.1. Asistencia médica en consultorio y asistencia médica de urgencia en el propio domicilio por parte del médico de cabecera o del pediatra.
- 5.2.2. Pruebas diagnósticas, actos terapéuticos y cirugía de día (aquella que no requiere hospitalización) o ambulatoria (aquella que tiene como objeto intervenciones menores) practicada a la persona protegida por prescripción médica.
- 5.2.3. Gastos por asistencia odontológica en consultorio, extracciones y cuidados estomatológicos e higienes dentales.
- 5.2.4. Gastos por visitas de psicología.
- 5.2.5. Gastos por servicio de podología (sesiones de quiropodia anuales).
- 5.2.6. Cursos de preparación al parto.
- 5.2.7. Revisión médica oficial para la expedición o renovación de los permisos de conducción de vehículos a motor A1, A y B.
- 5.2.8. Tratamiento de las degeneraciones maculares oculares y de la medicación utilizada al efecto: Verteporfin, Avastin, Lucentis, Macugen, Eylea (aflibercept), de acuerdo con el límite de sesiones establecido en el anexo III.
- 5.2.9. Los gastos correspondientes a los siguientes productos farmacéuticos, en las condiciones que se expresan:
  - a) Aquéllos que sean específicamente citostáticos, así como también los productos antieméticos y los protectores gástricos o similares, que sean utilizados en quimioterapia antineoplásica.
  - b) Los siguientes anticuerpos monoclonales (descritos por el nombre del compuesto) que sean utilizados en los tratamientos oncológicos, y administrados de forma endovenosa, reservándose la Mutua el derecho a establecer un gasto máximo cubierto por cada administración de un anticuerpo monoclonal igual al precio del compuesto genérico aplicado más económico existente en cada momento: Rituximab, Trastuzumab, Cetuximab, Bevacizumab, Panitumumab y Bortezomib.

**Los productos farmacéuticos referidos en los dos anteriores apartados quedan cubiertos siempre y cuando sean prescritos, expedidos y administrados directamente en un centro hospitalario específicamente autorizado por la Mutua para el tratamiento antineoplásico, se expidan en el mercado farmacéutico y se encuentren debidamente autorizados por las**

**autoridades sanitarias competentes del Estado Español, en las indicaciones que figuran en la ficha técnica del producto.**

**5.3. Traslado en vehículo sanitario.-** La Mutua asume el coste del traslado de la persona protegida, en vehículo sanitario y siempre que sea necesario por prescripción médica, para ser ingresada en un hospital; asimismo asume el coste del traslado en vehículo sanitario de la persona protegida hasta su domicilio, siempre que sea necesario por prescripción médica, una vez dada de alta del hospital donde hubiese sido ingresada.

El traslado se efectuará siempre con el medio más conveniente en función del estado de salud de la persona protegida.

**5.4. Rehabilitación.-** Por este concepto la Mutua asume el coste de la rehabilitación ambulatoria (no hospitalaria) de la persona protegida, prescrita por un médico especialista rehabilitador y practicada en un centro idóneo por fisioterapeutas titulados, dirigida a restituir las disfunciones producidas por enfermedad o accidente, **a excepción de la que comporte la utilización de ondas de choque en el aparato locomotor.**

**5.5. Visitas y revisiones preventivas.-** Por este concepto se asume el coste o el reembolso de las asistencias siguientes a las personas protegidas mayores de 14 años, siempre y cuando sean efectuadas con carácter preventivo y por prescripción de un médico por existir razones probadas que las hagan aconsejables:

- a) Una visita ambulatoria en servicios autorizados.
- b) Una revisión ambulatoria multifásica. La Mutua asumirá el coste de esta revisión o bien reembolsará a la persona protegida su coste efectivo hasta el importe máximo establecido en el anexo 1 y con la asunción por parte de ésta de la franquicia establecida.

**5.6. Reproducción asistida.-** Por este concepto la Mutua asume el coste de los gastos de inseminación artificial y de fecundación in vitro de la persona protegida a causa de la infertilidad de la pareja, de acuerdo con la legislación vigente y las condiciones siguientes:

**5.6.1. Requisitos para tener derecho a esta cobertura:**

- No tener la pareja descendencia común.
- No haber sido ninguno de los dos miembros de la pareja sometido a intervención de cirugía anticonceptiva, vasectomía o ligadura de trompas ni a cualquier otro método de anticoncepción permanente.
- Tener la mujer una edad inferior a 40 años.
- Aportar a la Mutua los estudios de esterilidad correspondiente y la documentación clínica adicional que aquélla requiera.
- Haber transcurrido el periodo de carencia establecido.
- Estar inscritos en este seguro los dos miembros de la pareja.

**5.6.2. Alcance de la cobertura:**

- Se tiene derecho a dos intentos consecutivos de inseminación artificial y a dos intentos de implantación de embriones, así mismo consecutivos, ya sea FIV (fecundación in vitro) o ICSI (inyección de espermatozoides intracitoplasmática) por pareja y vigencia de la cobertura.
- Se cubre también el coste de la congelación y el mantenimiento de embriones que sean necesarios hasta completar, si procede, el segundo intento de fecundación.

- El tratamiento deberá ser previamente autorizado por la Mutua y se efectuará en los centros médicos u hospitales y por los facultativos designados y autorizados por la Mutua, que no necesariamente se encontrarán en la provincia donde la persona protegida tenga su domicilio.

Asimismo se asume el coste de los estudios y exploraciones complementarias dirigidos a determinar posibles causas de infertilidad o esterilidad.

**5.7. Ayudas visuales.-** Por este concepto la Mutua reembolsará total o parcialmente los gastos correspondientes a las prótesis visuales (gafas, monturas y cristales, o lentes de contacto) que precise la persona protegida.

**5.8. Consulta de segunda opinión.-** Por este concepto la Mutua asume el coste o el reembolso total o parcial de los gastos de la consulta efectuada a un experto de los servicios autorizados por la Mutua, siempre y cuando ésta sea razonablemente aconsejable, con la finalidad de que la persona protegida cuente con una segunda opinión sobre el diagnóstico efectuado por otro médico o sobre los posibles tratamientos.

**5.9. Servicios complementarios de diagnóstico prescritos por servicios ajenos.-** La prestación de servicios complementarios de diagnóstico prescrita por facultativos ajenos a la Mutua, solamente procederá previa autorización de ésta.

## 6. Acceso a las prestaciones

Para tener derecho a la cobertura se deberán cumplir todas las condiciones establecidas en esta póliza y específicamente las siguientes:

- Ser persona protegida.
- Haber sido la prestación prescrita y efectuada por un servicio autorizado por la Mutua, salvo las excepciones previstas en esta póliza.
- Haber transcurrido los períodos de carencia si éstos existiesen.
- Estar al corriente del pago de la prima.
- Abonar la franquicia correspondiente en los casos en que ésta se encuentra establecida.
- Posibilitar que la Mutua efectúe las comprobaciones que considere necesarias sobre el estado de salud de la persona protegida, y facilitar la información que aquélla requiera en relación con las circunstancias y consecuencias de la enfermedad o accidente, así como del tratamiento médico correspondiente.

La persona protegida puede elegir a los profesionales y centros del Cuadro Facultativo y de Servicios Asistenciales Autorizados, y acceder libremente a sus servicios, para todas las prestaciones que no requieran autorización.

Cuando sea preceptiva la autorización de la Mutua para poder acceder a una prestación, la asistencia precisada se deberá comunicar en los términos siguientes:

- a) Con la máxima antelación posible, en el caso de que deban practicar a la persona protegida un ingreso hospitalario, una intervención quirúrgica, o cualquier prueba o tratamiento autorizable. En todos estos casos, se deberá presentar una certificación del médico que atienda a la persona protegida afectada en la que conste el número de Mutualista, su nombre y apellidos, la fecha y hora de admisión hospitalaria prevista, el diagnóstico provisional, el tratamiento o la prueba indicada, así como la estancia hospitalaria prevista si ésta procede.
- b) En caso de hospitalización urgente, intervención quirúrgica urgente o servicio de urgencia, en el plazo máximo de 24 horas contadas desde el

momento en que se haya efectuado el ingreso. En este caso, la persona protegida presentará una certificación del médico que la atiende en la que conste el número de Mutualista, su nombre y apellidos, la fecha y hora de admisión hospitalaria y el diagnóstico provisional.

- c) En el plazo máximo de 7 días a contar desde aquel día que haya finalizado la permanencia en el hospital, se deberá presentar una certificación indicando la evolución del proceso y el diagnóstico definitivo, firmada por el médico que haya atendido a la persona protegida y por la administración del centro hospitalario, acreditando la fecha de alta y los servicios efectuados.

A criterio y por decisión de la junta directiva, la documentación citada podrá ser sustituida por una certificación global del centro hospitalario que contenga la misma información.

Cuando sea preceptiva autorización de la Mutua –excepto en caso de hospitalización urgente, intervención quirúrgica urgente o servicio de urgencia- ésta dispondrá de un período mínimo de dos días laborables para expedir la correspondiente autorización.

## **7. Asistencia practicada por servicios autorizados**

Cuando la asistencia se practique en servicios autorizados, **lo que se deberá hacer obligatoriamente para las consultas de segunda opinión médica**, la Mutua abonará directamente a quien la hubiese prestado el importe de aquélla. En este caso, la persona protegida solamente deberá abonar el importe de la franquicia en los casos en que la misma esté establecida. El importe de las franquicias abonadas por prestaciones de acupuntura será devuelto por la Mutua a la persona protegida siempre que aquellas prestaciones tengan por objeto el tratamiento de lumbalgias crónicas de más de dos años de evolución.

En caso de que la persona protegida, en el momento de precisar una asistencia sanitaria, se encuentre en un lugar del Estado español que no conste en el Cuadro Médico de la zona geográfica que le corresponda, lo comunicará previamente a la Mutua, siempre que ello sea posible, y ésta le indicará los centros médicos o los facultativos que la puedan atender.

La asunción por la Mutua del importe de la asistencia requiere que la persona protegida presente en los servicios autorizados los documentos siguientes:

1. Documento Nacional de Identidad o, en su caso, tarjeta de residencia.
2. Identificación y acreditación de la condición de persona protegida.
3. Acreditación, mediante el recibo correspondiente, de haber pagado el último recibo de la prima a la Mutua.
4. Autorización previa y expresa de la Mutua siempre y cuando se trate de intervenciones quirúrgicas, hospitalizaciones, métodos terapéuticos y pruebas diagnósticas. Se exceptúan de esta autorización las pruebas y los tratamientos siguientes:
  - Aerosolterapia
  - Análisis clínicos (excepto citogenética, biología molecular, genética y genética molecular)
  - Audiometría
  - Broncoespirometría
  - Campimetría ocular
  - Citologías

- Claudicometría simple
- Colposcopias
- Desbridamiento de abscesos sin anestesia general
- Doppler
- Ecografías
- Electrocardiograma
- Estudios anatomopatológicos de biopsias y piezas quirúrgicas
- Extracción de biopsia en consulta
- Extracciones de piezas dentarias
- Fibroendoscopias nasal, rinofaríngea y laríngea, y salpingoscopia
- Impedanciometría
- Infiltraciones articulares y artrocentesis
- Pletismografía
- Pruebas alérgicas (excepto de alto riesgo)
- Radiología digestiva con contraste baritado
- Radiología general sin contraste
- Radiología urológica con contraste yodado (excepto urodinámica)
- Rectoscopia
- Tratamiento ortopédico con escayola

**Las asistencias relacionadas, practicadas por los servicios autorizados tienen como cobertura máxima el número de sesiones o tratamientos que se mencionan:**

- **Visitas de psicología clínica: 7 por persona protegida y año.**
- **Sesiones de rehabilitación funcional: 90 por persona protegida y año.**
- **Sesiones de logopedia: 90 por persona protegida y año, únicamente por indicación del médico especialista correspondiente, cuando la causa sea una patología orgánica, así como las realizadas inmediatamente después de una intervención quirúrgica (post intervención quirúrgica).**
- **Sesiones de quiropodia: 12 por persona protegida y año. Del mismo modo, la Mutua podrá autorizar más sesiones si son prescritas por el médico responsable del paciente en los casos de pie diabético prescritos médicamente, en cuyo caso el número de sesiones cubiertas será ilimitado.**
- **Higiene dentales: 2 por persona protegida y año.**

## **8. Asistencia practicada por servicios no autorizados**

La persona protegida puede optar por recibir la asistencia por parte de servicios no autorizados por la Mutua. En este caso, **la Mutua procederá al reembolso del coste de la asistencia practicada, con los límites establecidos en el Anexo 1** de estas condiciones generales, siempre y cuando se cumplan las condiciones siguientes, que podrán ser comunicadas directamente por la persona protegida o bien por otra persona en su nombre:

**8.1.** En el caso de asistencia sanitaria de urgencia, se debe presentar notificación a la Mutua en el plazo máximo de los 7 días hábiles siguientes a aquél en el que tuvo lugar la asistencia.

Cuando se trate de una intervención quirúrgica, de un internamiento hospitalario programado, o de una prueba o tratamiento autorizable, se deberá comunicar a la Mutua

la asistencia cubierta dentro de los 7 días laborables inmediatamente anteriores a su realización.

**8.2.** En los casos de intervenciones quirúrgicas, hospitalizaciones, pruebas diagnósticas y métodos terapéuticos, junto con la comunicación citada se deberá enviar a la Mutua un informe médico donde se especifiquen los datos siguientes:

- Identificación de la persona protegida.
- Diagnóstico y naturaleza de la enfermedad.
- En su caso, centro asistencial, fecha y hora de ingreso, y duración probable y tipo de tratamiento.

**8.3.** Presentar un informe en el que conste la información siguiente:

- Persona a la que se haya realizado la asistencia.
- Naturaleza, fecha e importe de los actos médicos realizados.
- Persona o personas, físicas o jurídicas, que hayan prestado la asistencia, con indicación del nombre, domicilio, número de colegiado y número de identificación fiscal.

**8.4.** Salvo para consultas y servicios de podología o acupuntura, prescripciones médicas originales de la asistencia médica u hospitalaria recibida por la persona protegida, informe médico original donde se expliquen los servicios médicos u hospitalarios prestados, el proceso de la enfermedad y su evolución, y el informe de alta médica, el cual hará constar la continuidad asistencial oportuna si ésta fuese necesaria.

Para los servicios cubiertos de acupuntura será suficiente la presentación de un informe médico que contenga el diagnóstico y justifique el tratamiento requerido.

**8.5.** Presentar justificantes o facturas originales de los gastos realmente satisfechos, debidamente desglosados con indicación de la persona a la que se ha realizado la asistencia médica y/o hospitalaria, la naturaleza del acto o actos médicos realizados, sus fechas e importes, y la persona física o jurídica que ha prestado la asistencia, haciendo constar en los mismos el nombre y apellidos, el domicilio, el número de colegiado, el nombre o la razón social de la persona jurídica y el número de identificación fiscal.

**8.6.** En los casos de hospitalización, comunicación del periodo de internamiento una vez finalizado.

**8.7.** Acreditar con documentos originales el pago de las facturas de los gastos generados.

**8.8.** Salvo que se trate de consultas y servicios de podología o acupuntura, informe de alta médica, en el que deberá constar la continuidad asistencial oportuna si ésta fuese necesaria.

**8.9.** Rellenar debidamente el impreso de solicitud de reembolso.

Toda la documentación será aportada mediante documentos originales redactados de forma fácilmente legible en lengua catalana o castellana. Siempre que los documentos fuesen redactados en otras lenguas, la persona protegida deberá hacerlos traducir a su cargo.

Una vez recibida toda la documentación preceptiva y realizadas, si proceden, las comprobaciones oportunas, la Mutua reembolsará el importe de los gastos de la asistencia o consignará, en el caso de que aquél no fuese aceptado por la persona protegida, la cantidad garantizada en un plazo máximo de diez días laborables.

En el caso de que la persona protegida utilice a la vez para una misma asistencia concreta servicios autorizados por la Mutua y servicios ajenos a la Mutua, los gastos

generados por la utilización de los servicios autorizados serán contabilizados a los efectos de los límites máximos autorizados.

El incumplimiento de las condiciones expuestas en los párrafos anteriores liberará a la Mutua de la obligación de rembolsar los gastos de asistencia, salvo que fuesen debidos a circunstancias de fuerza mayor aceptadas por la junta directiva caso por caso.

El importe de los gastos de asistencias practicadas en el extranjero y abonados en monedas diferentes al euro se calculará según el cambio oficial del euro en el momento en que la persona protegida efectuó el pago.

**Cuando a la persona protegida se le practiquen diversas intervenciones en una sola sesión operatoria, el importe de la indemnización será el resultado de añadir al tanto alzado de la intervención de coste más elevado, el tanto por ciento que corresponda por cada una de las otras, pero nunca superior al 50% de aquél.**

## **9. Periodos de carencia**

Las prestaciones que la Mutua asume en virtud de la póliza se facilitarán desde la fecha en vigor del contrato para cada uno de los asegurados, **excepto las relacionadas a continuación, las cuales tienen los períodos de carencia que seguidamente se establecen:**

- a) **Parto: 10 meses. No obstante, siempre que en la fecha prevista para el parto haya finalizado el periodo de carencia pero aquél se produzca prematuramente, se tendrán los mismos derechos como si hubiese transcurrido totalmente el periodo de carencia. Se tendrá derecho a las prestaciones autorizables relacionadas con la gestación siempre que el parto esté cubierto de acuerdo con los requisitos expuestos.**
- b) **Recién nacidos: las prestaciones para asistencia a los recién nacidos hijos de mutualistas o personas protegidas que en el momento del parto hayan finalizado el periodo de carencia correspondiente, tendrán derecho a la cobertura de este seguro sin periodo de carencia, siempre que se inscriban como personas protegidas en el plazo de 15 días hábiles contados a partir de su nacimiento.**
- c) **Visita ambulatoria preventiva: 10 meses.**
- d) **Consulta de segunda opinión: 10 meses.**
- e) **Ayudas visuales: 10 meses**
- f) **Vasectomía y esterilización tubárica: 12 meses.**
- g) **Reproducción asistida. 6 años para cada miembro de la pareja.**

**No se podrá acceder en ningún caso a las prestaciones de asistencia hospitalaria ni a las prestaciones que requieran autorización de la Mutua si la persona protegida no ha superado íntegramente el periodo de carencia**

establecido, ya sea en este seguro o bien en otro seguro de la Mutua de cobertura análoga.

En caso de gestación o parto, tampoco se podrá acceder a las prestaciones de asistencia hospitalaria ni a las prestaciones autorizables, si en el momento de la fecha prevista para el parto no hubiera finalizado el periodo de carencia específico para el parto.

## **10. Franquicias**

Se establecen las franquicias relacionadas en el anexo II de estas condiciones generales.

El importe de las franquicias establecidas en estas condiciones generales podrá ser incrementado por la Mutua para los actos médicos que deban ser practicados en aquellos servicios autorizados que registren una notable desviación del coste de dichos actos médicos en el que se basen económicamente los cálculos actuariales del seguro. El importe de las franquicias será, en tales casos, el que técnicamente corresponda para ajustar la base de los referidos cálculos actuariales, sin que pueda superar el triple del importe general de la franquicia establecido para cada anualidad, y será comunicado a los tomadores tanto su importe concreto como el momento en el que tome efectos su eventual aplicación.

## **11. Riesgos excluidos**

Quedan expresamente excluidos y no causan derecho a ninguna prestación los gastos siguientes:

11.1. Generados por enfermedades, defectos, lesiones o malformaciones en los que concurra alguna de las circunstancias relacionadas a continuación:

- 11.1.1. Previos a la fecha de contratación del seguro o derivados de la valoración técnica de la declaración de salud. Sin embargo, esta exclusión no se aplicará a los hijos de asegurados que tengan presentada la solicitud de contratación del seguro antes de la octava semana de gestación.
- 11.1.2. Derivados de autolesiones o de intentos de suicidio.
- 11.1.3. Derivados de causas no patológicas o de tratamientos producidos por dichas causas.
- 11.1.4. Complicaciones del embarazo cuando la persona protegida se encuentre en periodo de carencia.
- 11.1.5. Derivados de drogaadicciones, de intoxicaciones por drogas, incluida la embriaguez, o del consumo de medicamentos efectuado sin prescripción médica o sin observar la forma prescrita.
- 11.1.6. Derivados de enfermedades profesionales, de accidentes de trabajo cubiertos por el seguro laboral, de accidentes de vehículos a motor cubiertos por el seguro de suscripción obligatoria, de accidentes de caza o de otras situaciones cubiertas por seguro obligatorio o por un tercer responsable.

- 11.1.7. Producidas como consecuencia de la práctica profesional o competitiva de cualquier deporte o actividad deportiva, de la realización federada de cualquier tipo de deporte, de la práctica de deportes de aventura y de la práctica como aficionado de deportes o actividades de riesgo o que comporten una especial peligrosidad (entre aquellos y aquellas se incluyen, a título meramente enunciativo y no limitativo, los deportes de montaña, la escalada, los de combate, el rugby, los toros, los deportes hípicos, la caza, la práctica de deportes aéreos, y en general los deportes similares a los anteriores, o de nueva creación, los cuales puedan considerarse de riesgo).
- 11.1.8. Ocasionados por conductas o actos realizados con ánimo fraudulento.
- 11.1.9. Derivados de alteración del orden público, de peleas, de desafíos o de cualquier otra acción punible según la legislación penal vigente y atribuible a la persona protegida.
- 11.1.10. Producidos como consecuencia de situaciones excepcionales (como guerras, insurrecciones, rebeliones, revoluciones, alzamientos, actos de terrorismo, maniobras militares o catástrofes naturales y epidemias declaradas oficialmente) o derivados de radiación nuclear o de contaminación radioactiva.

En los casos de accidentes laborales, cuando la persona protegida trabajase por cuenta ajena sin estar asegurada por esta contingencia, y en los casos de enfermedades profesionales, de accidentes de circulación y de accidentes de caza, la Mutua podrá acordar hacerse cargo de la asistencia cuando concurren los requisitos siguientes:

- Solicitud por escrito por parte de la persona protegida.
- Asistencia sanitaria prestada en servicios autorizados por la Mutua.
- Cesión a la Mutua de todos los derechos de subrogación que tuviese la persona protegida.
- Suministro a la Mutua de todos los documentos y la colaboración que ésta considere necesarios.

## 11.2. Generados por los tratamientos siguientes:

- 11.2.1. Interrupción voluntaria del embarazo sin causa médica justificada, o sea fuera de los supuestos establecidos en la legislación vigente en la materia, y pruebas diagnósticas relacionadas con la misma.
- 11.2.2. Tratamiento del bruxismo –salvo la corrección de sus efectos en la articulación témporo-madibular (ATM) mediante intervención quirúrgica, la cual queda cubierta por el seguro-.
- 11.2.3. La diálisis y la hemodiálisis; sin embargo, queda expresamente cubierta la diálisis y la hemodiálisis en caso de urgencia o de insuficiencia renal aguda.
- 11.2.4. Tratamientos de logopedia y foniatría, siempre y cuando no sean necesarios como consecuencia de una patología orgánica. Se excluyen específicamente los tratamientos de reeducación y terapias educativas, así como los derivados de problemas dentofaciales o preortodóncicos.

- 11.2.5. En reproducción asistida, el coste de la congelación y el mantenimiento de embriones de las situaciones no específicamente cubiertas; asimismo, se excluyen los costes correspondientes a la preparación del donante y a la obtención y preparación del semen y/o óvulo de donante.
- 11.2.6. Hospitalizaciones derivadas de problemas o causas de cariz familiar o social.
- 11.2.7. Asistencia motivada por procesos seniles, degenerativos y otros en los que la permanencia en régimen de internado no sea considerada necesaria por facultativo autorizado.
- 11.2.8. Consultas y tratamientos de ortodoncia, actuaciones preprotésicas, ortodoncias, implantes, profilaxis, mantenimiento e intervenciones dentales no expresamente autorizados por esta póliza.
- 11.2.9. Prótesis de cualquier tipo, ortesis, así como piezas anatómicas, ortopédicas o biológicas, material de osteosíntesis y osteotaxis, así como los costes de procesamiento y preservación de órganos y tejidos humanos. Están también excluidos los materiales e instrumentos necesarios para colocar prótesis, material de osteosíntesis y de osteotaxi.
- 11.2.10. Intervenciones para la colocación de prótesis peneana cuando no se haga por indicación vascular o neurológica.
- 11.2.11. Tratamientos esclerosantes de las dilataciones venosas de las extremidades inferiores cuando éstos no sean sustitutivos del tratamiento quirúrgico de las varices patológicas.
- 11.2.12. Internamientos de carácter médico o quirúrgico a causa de obesidad no mórbida.
- 11.2.13. Intervenciones con láser quirúrgico o cosmético salvo de las siguientes:
- Corrección quirúrgica de defectos de refracción ocular mediante láser u otras técnicas quirúrgicas cuando el número de dioptrías, derivadas de una misma enfermedad o patología ocular, sea igual o superior a cinco en un mismo ojo.
  - Láasers Yag, Argo, Diodo y de Hipertermia, utilizados en oftalmología.
  - Láser quirúrgico para el tratamiento de la hipertrofia benigna prostática.
- 11.2.14. Determinaciones del mapa genético, que tienen por finalidad conocer la predisposición a sufrir determinadas enfermedades relacionadas con alteraciones genéticas, y las que, aún siendo de carácter o con finalidad diagnóstica, no influyan o no aporten ningún elemento al tratamiento aplicable.
- 11.2.15. Actuaciones preventivas, específicamente las revisiones y exámenes médicos generales de carácter preventivo, no expresamente autorizadas en esta póliza.

- 11.2.16. Consultas, servicios y tratamientos con finalidades puramente estéticas o cosméticas. Sin embargo, quedan incluidos los siguientes:
- Consultas a endocrinólogos o dietistas a causa de obesidad.
  - Tratamientos de cirugía dermatológica menor por lesiones patológicas mínimas de tipo benigno.
- 11.2.17. Servicios consistentes en tratamientos en balnearios o en meras actividades de ocio, confort, reposo o deporte.
- 11.2.18. Servicios consistentes en técnicas de diagnóstico o en tratamientos que no tengan contrastada científicamente una positiva aportación para la curación.
- 11.2.19. Tratamientos y técnicas no aprobados por las autoridades sanitarias y científicas competentes del Estado Español, o que sean experimentales o se encuentren en fase de estudio, o que no estén previstos de forma generalizada y pautada en el protocolo habitual de la disciplina o especialidad médica correspondiente.
- 11.2.20. Corrección quirúrgica de la presbicia (vista cansada).
- 11.2.21. Tratamientos que requieran de la utilización de la Cámara Hiperbárica.
- 11.2.22. Trasplantes de órganos, así como las visitas o consultas y pruebas para determinar la posibilidad de ser donante. No obstante, quedan cubiertos por el seguro, el trasplante de córnea y el autotrasplante de médula de hueso.
- 11.2.23. Terapias Biológicas utilizadas para tratamientos oncológicos, a excepción de las especialmente autorizadas por la póliza, para los seguros que tengan cubiertos determinados anticuerpos monoclonales
- 11.3. Generados por los suministros y servicios siguientes:
- 11.3.1. Productos farmacéuticos no distribuidos ni administrados en régimen de hospitalización. Asimismo, los anticuerpos monoclonales expresamente autorizados por la póliza y administrados en régimen de hospitalización quedaran cubiertos por el seguro siempre que sean utilizados en tratamientos oncológicos.
- 11.3.2. Productos farmacéuticos distribuidos en régimen ambulatorio, salvo los productos expresamente autorizados por la póliza y en las condiciones establecidas por ésta.
- 11.3.3. Vacunas de toda clase, incluida la administración de las mismas.
- 11.3.4. Cama para el acompañante en unidades de vigilancia o cuidados intensivos, en servicios de atención a los recién nacidos (unidades de neonatología) y de psiquiatría.
- 11.3.5. Viajes y desplazamientos, salvo del traslado en vehículo sanitario de la persona protegida en los términos que prevea estas condiciones generales.
- 11.3.6. Técnica quirúrgica asistida por robótica (Da Vinci y similares o equiparables).

11.3.7. Utilización de los Neuronavegadores, a excepción de los utilizados para la cirugía de las patologías o lesiones que afecten al sistema nervioso central, las ablaciones y/o intervenciones cardíacas dónde sea imprescindible.

11.4. Derivados de asistencias en las que concurra alguna de las circunstancias siguientes:

11.4.1. Injustificadas médicamente o insuficientemente contrastadas científicamente.

11.4.2. Requeridas por la persona protegida con manifiesto abuso de derecho.

11.4.3. Tratamientos claramente superados por otros disponibles y cubiertos por la póliza.

11.4.4. Tratamientos que no tengan suficientemente probada una contribución eficaz, entre ellos la Mesoterapia, la Hidroterapia, la Quiropraxia, la Osteopatía, la Ozonoterapia, la Presoterapia y otros similares. Sin embargo, los tratamientos de Ozonoterapia quedarán cubiertos en los casos de Hernia Discal y Espondilitis Anquilopóética, siempre que sean practicados por servicios autorizados, y con los límites que se especifican en el anexo III.

11.4.5. Aplicadas a situaciones crónicas, incurables, y terminales que no tengan, estas últimas, justificación médica.

11.4.6. Consultas, servicios y situaciones patológicas derivados de un tratamiento prescrito o efectuado por una persona no autorizada o derivados del incumplimiento de las prescripciones del médico autorizado responsable de la curación.

11.4.7. Prestadas por personas vinculadas familiarmente con la persona protegida por relación conyugal o de parentesco hasta el segundo grado, incluido, de consanguinidad o de afinidad.

## 12. La Prima

### 12.1. Pago del seguro (primas)

El tomador del seguro está obligado al pago de la prima anual desde el momento de la perfección del contrato. No obstante el carácter anual de la prima, podrá ser abonada mediante recibos mensuales, trimestrales o semestrales; en estos casos, se aplicará el recargo que corresponda.

El fraccionamiento del pago de la prima no exime al tomador de su obligación de abonar la totalidad de la prima anual. Asimismo, cuando, por causa no imputable a la Mutua, no sea efectuado el pago de la prima o de sus fracciones periódicas en el momento establecido, se deberán abonar los gastos que genere aquella falta de pago y el interés de demora.

Cuando sea de aplicación una variación de la prima por llegar la persona protegida a una edad determinada, aquella tendrá efectos a partir del día 1 del mes siguiente al que se produzca el mencionado cambio de edad, sea cual sea la periodicidad establecida para el cobro de la prima.

## **12.2. Efectos del impago de la prima**

Si, por culpa del tomador, la primera prima no fuese pagada o se produjese un impago de cualquiera de sus posibles fraccionamientos, la Mutua tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima debida en vía ejecutiva en base a la póliza.

En caso de falta de pago de la segunda o sucesivas primas, la cobertura de la Mutua queda suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si el asegurador no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima, se entenderá que el contrato queda extinguido. En cualquier caso, el asegurador, cuando el contrato esté en suspenso, solo podrá exigir el pago de la prima del período en curso.

En ambos casos, si el contrato no hubiese sido resuelto o extinguido de acuerdo con los párrafos anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las 24 horas del día en que el tomador pague la prima.

## **12.3. Actualización anual de las condiciones económicas de la póliza**

La Mutua, para el período de cobertura siguiente al de la contratación o prórroga de la póliza, puede actualizar el importe de las primas y de las franquicias, en función de los correspondientes cálculos técnicos, financieros y actuariales, del incremento del coste de los servicios sanitarios, de la evolución de la siniestralidad general y de las prestaciones garantizadas.

El pago del primer recibo correspondiente a la prima anual de las prórrogas de la póliza, presupone la aceptación del conjunto de las nuevas condiciones.

## **12.4. Descuentos en la prima de seguro**

Podrán ser aplicados los siguientes descuentos en el importe de la prima del seguro a partir del momento en que sean solicitados:

### **12.4.1. Descuento familiar.-** Siempre que estén asegurados en esta misma póliza todos los miembros de la familia:

1. Un descuento del 4% para las familias integradas por padre y madre con un hijo menor de 27 años.
2. Un descuento del 8% para las familias integradas por padre o madre con dos hijos menores de 27 años.
3. Un descuento del 10% a las familias integradas por padre y madre con dos hijos menores de 27 años.
4. Un descuento del 12% a las familias integradas por padre o madre con tres hijos o más menores de 27 años.
5. Un descuento del 15% a las familias integradas por padre y madre con tres hijos o más menores de 27 años.

Los mencionados descuentos serán de un porcentaje inferior a los anteriormente señalados para cada situación concreta cuando se trate de personas aseguradas en aplicación de acuerdos para colectivos.

El porcentaje de descuento correspondiente en cada caso podrá ser incrementado por causas de reducida siniestralidad del conjunto de miembros de la familia asegurados.

La condición familiar se acreditará mediante el carné familiar o el libro de familia, y el descuento correspondiente se aplicará a todos los miembros de la familia hasta que el número de hijos menores de 27 años sea inferior a los establecidos en cada caso.

### **12.4.2. Descuento generaciones.-** Este descuento se aplicará en función de los descendientes que suscriban la misma póliza y quedará recogido en el importe de la prima que conste en las condiciones particulares.

### **13. Exención temporal del pago de prima por muerte de progenitores o tutores**

Si se produce la muerte de uno o de ambos progenitores, o de todos los tutores nombrados judicialmente por defecto de aquéllos, la Mutua se hará cargo, durante doce meses, del importe de los recibos mensuales del seguro que correspondiesen a los hijos o tutelados menores de 18 años, siempre que unos y otros estuviesen previamente asegurados con esta misma póliza y, en su caso, el progenitor sobreviviente continúe de alta durante todo el período antes mencionado. En caso de inscripción inicial de los hijos y un sólo progenitor, la defunción de éste también comportará la gratuidad del importe de los recibos mensuales de los hijos en los mismos términos descritos anteriormente.

La muerte que genere derecho a la exención de pago de primas deberá ser comunicada a la Mutua y acreditada, mediante la aportación del correspondiente certificado de defunción, en el plazo máximo de tres meses desde que se hubiese producido.

La exención de pago de primas, durante el mencionado período máximo de doce meses, se aplicará a partir del día 1 del mes siguiente al que hubiese sido comunicada y acreditada, dentro del periodo establecido, la defunción o defunciones que la generen.

### **14. Causas específicas de extinción de la relación de protección**

La relación de protección se extingue, además de por las causas generales establecidas y las previstas en la póliza, si la persona protegida incurre en alguna de las causas siguientes:

- Trasladar oficialmente la residencia a un país extranjero.
- Residir más de 3 meses al año en el extranjero.

La persona protegida dejará de tener derecho a las prestaciones objeto de este seguro al finalizar la anualidad de cobertura en la que cumpla 65 años. Sin embargo, voluntariamente podrá continuar a partir de entonces pero exclusivamente en la posibilidad de abono directo de los gastos por parte de la Mutua al prestador de las asistencias requeridas.

### **15. Deberes del asegurado**

Además de aquellas otras obligaciones que legalmente le corresponden, el tomador y/o el asegurado comunicarán a la Mutua todas las circunstancias que agraven el riesgo y que podrían condicionar, o incluso imposibilitar, la suscripción de la póliza por parte de la aseguradora.

El asegurado facilitará a la Mutua, si es necesario periódicamente, toda la información y los documentos que aquélla le requiera sobre las circunstancias y las consecuencias del siniestro, y tanto aquél como sus familiares posibilitarán que la Mutua lleve a cabo directamente cualquier comprobación sobre el siniestro que considere necesaria.

El asegurado perderá el derecho a la prestación si incumple las anteriores obligaciones con dolo o culpa.

### **16. Período de cobertura**

La cobertura se inicia a partir de la fecha establecida en las condiciones particulares y por un período que concluye el 31 de diciembre del año en curso.

**La cobertura se renovará automáticamente cada año por un período de un año natural, salvo que la Mutua comunique por escrito, antes de dos meses a la fecha**

de vencimiento, y el tomador o la persona protegida, antes de un mes de la mencionada fecha, su voluntad de no renovarla.

## **17. Subrogación**

Una vez satisfecha la prestación a la persona protegida, la Mutua puede ejercer contra los responsables del siniestro que haya requerido la asistencia prestada los derechos y las acciones legales que correspondiesen a aquella persona. Mediante esta subrogación la Mutua podrá reclamar a los responsables del siniestro el importe de los gastos de la asistencia sanitaria prestada a la persona protegida.

También procederá la subrogación de la Mutua en los derechos que tuviese la persona protegida cuando aquella hubiese asumido obligaciones que también debieran ser prestadas por otras personas o entidades.

La subrogación en ningún caso podrá comportar un perjuicio al tomador o a la persona protegida, quienes se obligan a facilitar el ejercicio eficaz de la subrogación por parte de la Mutua.

## **18. Comunicaciones**

Las comunicaciones entre la Mutua y el tomador y las personas protegidas se han de enviar a sus respectivos domicilios. Estos domicilios son los que constan en la póliza, salvo que se hubiese comunicado formalmente un cambio posterior.

Las conversaciones telefónicas mantenidas entre la Mutua y el asegurado o el beneficiario, derivadas de suscripciones de pólizas de seguro con la Mutua, podrán ser registradas por ésta última y utilizadas en los procesos de control de calidad o como medio de prueba en procedimientos judiciales o arbitrales, preservando siempre la debida confidencialidad.

## ANEXO I

### Franquicias

**Limitaciones económicas máximas en concepto de asistencia sanitaria prestada por servicios ajenos a la Mutua.**

El importe máximo reembolsable por persona protegida y año en concepto de asistencia sanitaria hospitalaria y extrahospitalaria recibida de servicios ajenos a la Mutua, siempre de acuerdo con las especificaciones y coberturas correspondientes, es el siguiente:

- Para la modalidad denominada "125.000": 125.000 euros.
- Para la modalidad denominada "85.000": 85.000 euros.

En función de las distintas asistencias concretas recibidas los límites máximos, para cada una de las modalidades citadas, son los siguientes:

	Modalidad A	Modalidad B
<b>Máximo reembolso</b>		
Máximo total de reembolso por persona protegida y año	125.000,00	85.000,00
De gastos hospitalarios por persona protegida y año	100.000,00	68.000,00
Por estancia médica o psiquiátrica (1)	440,00	225,00
Por estancia quirúrgica (1)	440,00	225,00
Por estancia en UVI o UCI (1)	810,00	370,00
Por gastos de quirófano (2)	1.350,00	900,00
Por honorarios médicos por Intervención quirúrgica (3)	6.710,00	4.975,00
Por parto normal	3.355,00	2.275,00
Por cesárea	3.680,00	3.140,00
De gastos extrahospitalarios por persona protegida y año	25.000,00	17.000,00
Por visita de medicina general	98,00	55,00
Por visita de psicología clínica	98,00	55,00
Por visitas anuales de psicología clínica (incluyendo los tests diagnósticos)	890,00	500,00
Por visita del resto de especialidades	200,00	114,00
Por visitas anuales de psiquiatría (incluyendo los tests diagnósticos y tratamientos en consulta)	2.400,00	1.370,00
Por sesiones anuales de rehabilitación	2.880,00	1.585,00
Por exploraciones complementarias y tratamientos ambulatorios (rehabilitación, quimioterapia, radioterapia, etc.)	25.000,00	17.000,00
Por transporte sanitario	37,33€ + 0,44€/Km	37,33€ + 0,44€/Km
Por revisión ambulatoria multifásica de medicina preventiva por persona protegida y año	335,00	170,00
Por ayudas visuales por persona protegida y año	170,00	115,00
Por visita de acupuntura (4)	40,00	40,00
<b>Máximas sesiones o tratamientos</b>		
Visitas de psicología clínica por persona protegida y año	7,00	7,00
Sesiones de rehabilitación funcional por persona protegida y año	90,00	90,00
Sesiones de logopedia por persona protegida y año	90,00	90,00
Sesiones de quiropodia por persona protegida y año (se podrá autorizar más sesiones si son prescritas por el médico responsable del paciente. En los casos de pie diabético prescritos médicamente, el número de sesiones será ilimitado)	12,00	12,00
Sesiones de higiene dental por persona protegida y año	2,00	2,00

(1) Incluye todos los conceptos excepto gastos de quirófano y honorarios médicos de las intervenciones quirúrgicas.

- (2) Incluye todos los gastos de quirófano excepto honorarios médicos de las intervenciones quirúrgicas.
- (3) Incluye todo tipo de honorarios de las intervenciones quirúrgicas.
- (4) **El importe de las visitas de acupuntura sólo será reembolsable cuando tengan por objeto el tratamiento de lumbalgias crónicas de más de dos años de evolución, y quedará excluido de cobertura en los demás casos.**

## ANEXO II

### Franquicias

Las franquicias existen para cada acto médico principal o complementario, con la excepción de las prestaciones de Radioterapia y de las sesiones de Quimioterapia, a las que no se aplicará franquicia.

	Importe €
<b>Urgencias Hospitalarias</b>	
Atención de urgencia hospitalaria (puerta):	8,0 €
De 1 a 3	12,0 €
Más de 3	
<b>Medicina General, Pediatría, Especialidades y Urgencias</b>	
<b>Ambulatorias</b>	
Visitas a domicilio y urgencias en consultorio y ambulatorias	4,0 €
De 1 a 3	6,0 €
Más de 3	
Visitas en consultorio medicina general y pediatría	2,5 €
Visita	
Visitas en consultorio resto de especialidades	3,5 €
Visita	
<b>Enfermería</b>	
Visita/Acto	1,5 €
Por acto	
<b>Exploraciones, Tratamientos y Otros</b>	
De alta complejidad/coste	6,0 €
Por acto	
Sesión de rehabilitación	2,0 €
Por sesión	
Resto de actos	2,0 €
De 1 a 9	6,0 €
Más de 9	

**Por asistencia sanitaria practicada por servicios ajenos a la mutualidad:** Como norma general, la franquicia corresponderá al 20% del importe de las facturas. Sin embargo, cuando la aportación que correspondiera a la Mutua, conforme a la mencionada norma general, superase un límite máximo de indemnización establecido por estas condiciones generales, la persona protegida asumirá también directamente el importe de los gastos que supere dicho límite máximo.

**Ayudas visuales:** La persona protegida asumirá directamente la totalidad de los gastos que superen los límites máximos de indemnización especificados en estas condiciones generales para este tipo de prestación.

**Revisión general ambulatoria de medicina preventiva:** La persona protegida asumirá directamente el 50% del coste efectivo de la revisión y la totalidad del importe que supere los límites máximos de indemnización especificados en estas condiciones generales para esta prestación.

## ANEXO III

### Límites a la asistencia practicada por servicios autorizados

Para las asistencias relacionadas a continuación se establece el número máximo de sesiones o tratamientos que se indican seguidamente:

- Degeneración macular ocular: 6 por ojo y año.
- Ozonoterapia: 12 sesiones el primer año, correspondiente a la fase aguda del tratamiento, por persona protegida y patología y 4 anuales, de seguimiento, durante los años sucesivos, por persona protegida y patología.

**ANEXO 4****Plan de acción 2017**

En cumplimiento de la cláusula Octava del acuerdo de colaboración de fecha 23 de Junio de 2017, firmado entre el **Colegio** y **MGC Mutua**, se establece el siguiente plan de acción para el año 2017, que determina la acción divulgativa y comercial que **MGC Mutua** realizará durante el mencionado año, para dar a conocer sus servicios, contribuyendo así ambas entidades a la implementación de la colaboración acordada.

En el marco del acuerdo de referencia, el **Colegio** se compromete a contribuir con todos medios a su alcance, para hacer posible el mayor número de afiliaciones a **MGC Mutua**.

El mencionado plan contempla:

- ✓ Presencia en las Jornadas valencianas de Graduados Sociales (con o sin stand, en función de disponibilidad).
- ✓ Envío de emailings a los colegiados por parte del **Colegio**, para dar a conocer el acuerdo entre ambas entidades y la oferta comercial de **MGC Mutua**.
- ✓ Campaña de telemarketing dirigida a los colegiados, con el objetivo de dar a conocer la oferta comercial de **MGC Mutua**.
- ✓ Banner publicitario (2 trimestres).



## Cobertura por Prótesis

### Condiciones generales

#### 1. Cláusula preliminar

El contrato de seguro suscrito con Mutua General de Cataluña, Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija, en adelante la Mutua, se rige por lo expuesto en la Ley 50/1980, de 8 de Octubre, del Contrato de Seguro, la ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, por el Reglamento que lo desarrolla, Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, y por cualquier otra disposición que regule las obligaciones y los derechos de las partes y en concreto, por aquello convenido en las condiciones generales y particulares y, en su caso, en el documento complementario de condiciones específicas.

El control de la actividad de la Mutua corresponde a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía y Hacienda del estado español.

La Mutua, dispone de un Servicio de Atención al Mutualista, ubicado en la c/ Tuset, núm. 5-11, 08006 de Barcelona, para atender las quejas y/o reclamaciones relacionadas con la actuación de la propia entidad o de la de sus agentes de seguros, de acuerdo con el procedimiento previsto en la Orden ECO 734/2004, de 11 de marzo, de Protección al Consumidor.

En todas las oficinas de la mutualidad se encuentra disponible, para su consulta, el Reglamento regulador del Servicio de Atención al Mutualista.

Transcurrido el plazo de dos meses sin obtener respuesta por parte del Servicio de Atención al Mutualista o no siendo ésta de su conformidad, pueden dirigirse al Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, con domicilio en el Paseo de la Castellana, número 44, 28046 de Madrid.

En todo caso, el cliente puede acudir a los Tribunales de justicia competentes o bien someterse a la decisión de un órgano arbitral aceptado por ambas partes.

Si el contenido de la póliza difiere de la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas, el tomador del seguro podrá reclamar a la Mutua 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 la póliza.

#### 2. Definiciones

A efectos de esta póliza de seguro, se entiende por:

- **Accidente:** hecho producido durante la vigencia del seguro por una causa externa, súbita, violenta y ajena a la voluntad de la persona protegida y que produce una lesión.

- **Declaración de Salud:** formulario suministrado por la Mutua y rellenado y firmado por una persona física, que contiene una declaración sobre el estado de salud de ésta, o bien sobre el estado de salud de una persona que está bajo su tutela.
- **Enfermedad:** alteración del estado de salud diagnosticada por un médico, producida durante la vigencia del seguro y no derivada de accidente, que precisa una asistencia médica.
- **Franquicia:** parte del importe del gasto generado por el siniestro que, en aquellos casos específicamente establecidos, va a cargo de la persona protegida.
- **Hospital, clínica o centro hospitalario:** centro, público o privado, legalmente autorizado para el tratamiento de enfermedades o lesiones que cumpla las condiciones siguientes:
  1. Disponer de los medios necesarios para realizar diagnósticos y practicar tratamientos médicos y/o intervenciones quirúrgicas.
  2. Admitir únicamente el ingreso de personas enfermas o lesionadas.
  3. Disponer de médicos y personal sanitario las 24 horas del día.
  4. Practicar los tratamientos médicos y las intervenciones quirúrgicas necesarias recurriendo a profesionales cualificados únicamente.

En ningún caso se consideran hospitales los balnearios, las casas de reposo, los asilos, los centros dedicados al tratamiento de enfermedades crónicas ni los establecimientos o las instituciones similares a las citadas.

- **Lesión:** cambio patológico en un tejido o en un órgano sano que altera la integridad física o el equilibrio funcional y que conlleva un daño anatómico o fisiológico.
- **Material de osteosíntesis:** el empleado específicamente para soldar internamente fragmentos de huesos.
- **Material de osteotaxi:** el utilizado para unir una fractura ósea mediante fijadores externos.
- **Mutua:** Mutua General de Cataluña de Previsión Social, Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija.
- **Persona protegida:** persona física expuesta a un riesgo asegurado.
- **Período de carencia:** período de tiempo durante el cual, a pesar de que el seguro está vigente, no se tiene derecho a recibir una prestación determinada. Cuando se establezca un período de carencia no se tendrá derecho a la prestación hasta que esta no haya transcurrido totalmente. El pago del importe equivalente a las primas del período de carencia no generará el derecho a la prestación.
- **Póliza:** documento o documentos que contienen las cláusulas y los pactos reguladores del contrato de seguro. Forman parte integrante e inseparable de la póliza estas condiciones generales y, siempre que existan, las condiciones particulares o específicas, así como los apéndices que recojan, si es necesario, las modificaciones acordadas durante la vigencia del contrato. La solicitud de seguro y la declaración de salud también forman parte de la póliza.
- **Prestación:** obligación o conjunto de obligaciones que asume la Mutua para con el tomador, la persona protegida o el beneficiario.
- **Prima:** precio de la cobertura, cuyo importe, conjuntamente con los impuestos, tasas o recargos que correspondan, ha de ser satisfecho por el tomar o por el asegurado según las condiciones establecidas en la póliza.
- **Prótesis:** pieza o aparato empleado como sustitución de un órgano, parte de un órgano o de su función.
- **Prótesis biomecánica:** prótesis dotada de componentes mecánicos y/o electrónicos.
- **Prótesis de implantación interna:** prótesis cuya colocación precisa una intervención quirúrgica
- **Relación de protección:** relación entre la Mutua y el socio, la persona protegida y el beneficiario, que procura una protección consistente en la prestación de que se trate en cada caso.
- **Tomador:** persona que suscribe el seguro.

- **Unidad Familiar:** cualquiera de los colectivos siguientes: A) Grupo formado por el matrimonio o pareja de hecho y los hijos menores de 18 años con los que convivan. B) Padre o madre que no tengan cónyuge ni pareja de hecho y los hijos menores de 18 años con los que convivan. Ambos casos incluyen los hijos comunes y los de uno u otro.
- **Urgencia:** situación que requiere una asistencia inmediata porque el retraso podría ocasionar un daño irreparable a la integridad física de la persona protegida.

### 3. Objeto del seguro y descripción de la cobertura

3.1. Mediante este seguro se cubren en los términos establecidos en la póliza, las contingencias siguientes:

1. Prótesis de implantación interna.
2. Prótesis biomecánicas para extremidad superior o inferior, siempre que, en el momento de pérdida de la extremidad, estuviere el seguro vigente.
3. Costes derivados del procesamiento y preservación de los tejidos y órganos humanos.
4. Material biológico.
5. Material de osteosíntesis y osteotaxis.
6. Audífonos.
7. Aparatos de fonación.
8. Sillas de ruedas para disminuidos.

3.2. La prestación asegurada consiste, con carácter general en:

1. La cobertura económica por parte de la Mutua del 100% del coste de la contingencia económica, cuando esta sea proporcionada por alguna de las empresas proveedoras con las que la Mutua mantiene un acuerdo de colaboración, con un importe máximo por prótesis o material implantado establecido en el anexo.
2. Percibir una indemnización económica equivalente al 90% del coste de la contingencia en los casos que corresponda a la persona protegida el pago de la prótesis y ésta haya acreditado haberse hecho cargo.

**3.3. Sin embargo, independientemente del importe resultante de la aplicación de los porcentajes anteriormente citados, los límites máximos de indemnización económica serán en todo caso, para cada contingencia, los contenidos en el anexo.**

**3.4. En el supuesto de que la prótesis de implantación interna y el material de osteosíntesis requeridos por la persona protegida no figuren en el anexo, la indemnización se valorará por similitud con las prótesis análogas que figuren en aquél, sin que en ningún caso la indemnización pueda superar el importe máximo que el baremo establece para las prótesis consideradas análogas por la mutua, sin tener en cuenta, a efectos de determinar este límite máximo de indemnización, el importe correspondiente a la prótesis biomecánica externa de extremidad superior o inferior.**

**3.5. El importe de la indemnización procedente incluye siempre el material de implantación de prótesis que la intervención requiere.**

#### **4. Nacimiento de la relación de protección**

Para que pueda originarse la relación de protección objeto de este seguro es necesario formalizar la suscripción correspondiente y que se cumplan las condiciones siguientes:

1. Tener la persona protegida menos de 55 años.
2. Formalizar una Declaración de Salud, mediante los impresos establecidos y, cuando la Mutua así lo requiera, pasar una revisión médica.

#### **5. Acceso a las indemnizaciones garantizadas**

Se tendrá derecho a las prestaciones garantizadas siempre que la persona protegida cumpla todas las condiciones siguientes:

1. Estar al corriente de los pagos a la Mutua de las primas correspondientes.
2. Presentar a la Mutua un informe realizado por el médico que haya efectuado la prestación, en el que consten los datos siguientes:
  - Nombre y apellidos del paciente.
  - Número de asegurado del paciente.

En función de la prestación efectuada:

- Intervención o práctica médica realizada y, según cada caso, material biológico utilizado, tejidos procesados y preservados, o material de osteosíntesis o de osteotaxi requerido.
  - Intervención o práctica médica realizada y especificación de la prótesis implantada o dispensada.
  - Especificación de los audífonos, aparatos de fonación o silla de ruedas dispensados.
  - Fecha de hospitalización y de alta médica, cuando la primera corresponda.
3. Presentar a la Mutua, siempre que se solicite la indemnización descrita en el punto 3.2.2, la factura acreditativa de haber efectuado el pago de la contingencia cubierta.
  4. Permitir, la persona protegida o sus familiares, que los médicos nombrados por la Mutua visiten a la persona protegida y lleven a cabo cualquier comprobación que estimen oportuna sobre su estado de salud, especialmente la consulta a los médicos que le atienden, y facilitar todo tipo de información sobre las circunstancias o consecuencias del accidente o enfermedad y de su tratamiento. La Mutua se obliga a respetar la confidencialidad de la información obtenida, en virtud de los términos regulados por la legislación vigente.

#### **6. Periodos de carencia**

**Todas las prestaciones que la Mutua asume en virtud de la póliza se facilitarán desde la fecha en vigor del contrato para cada uno de los asegurados, SALVO LAS PRÓTESIS QUE SE PUEDAN UTILIZAR EN VASECTOMÍA I ESTERILIZACIÓN TUBÁRICA, QUE TIENEN UN PERIODO DE CARENCIA DE 12 MESES.**

**Se exceptúan de la misma las prótesis precisadas como consecuencia de accidentes y de urgencias de carácter vital, de acuerdo con lo que se especifica en las definiciones de los seguros.**

## 7. Riesgos excluidos

Quedan expresamente excluidas de este seguro las prestaciones siguientes:

7.1. Por las características de las prótesis:

- 7.1.1. Prótesis que precisen una substitución periódica regular.
- 7.1.2. Prótesis y ortodoncias odontoestomatológicas, así como cualquier material, biológico o no, relacionado con la implantología dental.
- 7.1.3. Ortesis y aparatos ortopédicos externos, a excepción de las prótesis biomecánicas de extremidad superior o inferior, de los audífonos y de las sillas de ruedas para disminuidos.
- 7.1.4. Gafas y lentes de contacto de cualquier clase.

7.2. Todas aquellas solicitudes de prestación en las que concurra alguna de las siguientes circunstancias:

- 7.2.1. Derivadas de patologías congénitas o bien de situaciones patológicas adquiridas o derivadas de situaciones anteriores a la contratación del seguro, de acuerdo con la valoración técnica que la Mutua haga de la declaración de salud cumplimentada por la persona protegida.
- 7.2.2. Resultantes de accidentes de trabajo cuando la persona protegida tenga asegurada esta contingencia y resultantes de enfermedades laborales.
- 7.2.3. Derivadas de drogadicciones, de intoxicaciones por drogas o producidas por el consumo de medicamentos que actúen sobre el sistema nervioso (psicofármacos).
- 7.2.4. Derivadas de causas no patológicas.
- 7.2.5. Derivadas de accidente de circulación.
- 7.2.6. Producidas como consecuencia de la práctica profesional o competitiva de cualquier deporte o actividad deportiva, de la realización federada de cualquier tipo de deporte, de la práctica de deportes de aventura y de la práctica como aficionado de deportes o actividades de riesgo o que comporten una especial peligrosidad (entre aquellos y aquellas se incluyen, a título meramente enunciativo y no limitativo, los deportes de montaña, la escalada, los de combate, el rugby, los toros, los deportes hípicas, la caza, la práctica de deportes aéreos, y en general los deportes similares a los anteriores, o de nueva creación, los cuales puedan considerarse de riesgo).
- 7.2.7. Producidas por la práctica de la caza o por otras situaciones cubiertas por el seguro obligatorio o por un tercer responsable.
- 7.2.8. Ocasionadas por conductas o actos realizados con ánimo fraudulento y las requeridas con un manifiesto abuso de derecho.
- 7.2.9. Derivadas de autolesiones o de intentos de suicidio.
- 7.2.10. Derivadas de peleas, desafíos y de cualquier otra acción punible según la legislación penal vigente y atribuible a la persona protegida.

- 7.2.11. Producidas como consecuencia de las siguientes situaciones excepcionales: guerras, insurrecciones, rebeliones, revoluciones, alzamientos, terrorismo, maniobras militares y epidemias declaradas oficialmente.
- 7.2.12. Provenientes de catástrofes naturales declaradas por las autoridades competentes.
- 7.2.13. Derivadas de radiación nuclear o contaminación radioactiva.
- 7.2.14. Injustificadas médicamente o insuficientemente contrastadas científicamente.
- 7.2.15. Prestaciones superadas por otras disponibles y cubiertas y prestaciones requeridas por motivos puramente estéticos.

En los casos de accidente de trabajo por cuenta ajena en que la persona protegida no esté asegurada en esta contingencia, y se produzcan enfermedades laborales, accidente de circulación o accidente de caza, la Mutua podrá convenir hacerse cargo de la asistencia cuando se produzcan los requisitos siguientes:

- Solicitud por escrito por parte de la persona protegida.
- Asistencia sanitaria prestada en servicios autorizados por la Mutua.
- Cesión a la Mutua de todos los derechos de subrogación que tenga la persona protegida.
- Suministro a la Mutua de todos los documentos que ésta considere necesarios.

## **8. La Prima**

### **8.1. Pago del seguro (Primas)**

El tomador del seguro está obligado al pago de la prima anual desde el momento de la formalización del contrato. No obstante su carácter anual, la prima podrá ser abonada mediante recibos mensuales, trimestrales o semestrales; en estos casos, se aplicará el recargo que corresponda.

El fraccionamiento del pago de la prima no exime al tomador de su obligación de abonar la totalidad de la prima anual. Así mismo, cuando por causa no imputable a la Mutua, no sea efectuado el pago de la prima o de sus fracciones periódicas en el momento establecido, se deberán abonar los gastos que generen la falta de pago y el interés de demora.

Cuando sea de aplicación una variación de la prima por alcanzar la persona protegida una edad determinada, aquella tendrá efectos a partir del día 1 del mes siguiente al que se produce el cambio de edad, sea cual sea la periodicidad establecida para el cobro de las primas.

### **8.2. Efectos del impago de la prima**

Si, por culpa del tomador, la primera prima no fuese abonada o se produjese un impago de cualquiera de sus posibles fraccionamientos, la Mutua tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima debida por vía ejecutiva en base a la póliza.

En caso de falta de pago de la segunda o sucesivas primas, la cobertura de la Mutua queda suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si el asegurador no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima, se entenderá que el contrato queda extinguido. En cualquier caso, el asegurador, cuando el contrato este en suspenso, solamente podrá exigir el pago de la prima del periodo en curso.

En ambos casos, si el contrato no se hubiera resuelto o extinguido de acuerdo con los párrafos anteriores, la cobertura tendrá efecto a las 24 horas del día en que el tomador pague la prima.

### **8.3. Actualización anual de las condiciones económicas de la póliza**

La Mutua, por el periodo de cobertura siguiente al de la contratación o prórroga de la póliza, puede actualizar el importe de la prima y de las franquicias, en función de los correspondientes cálculos técnicos, financieros y actuariales, del incremento del coste de los servicios sanitarios, de la evolución de la siniestralidad general y de las prestaciones garantizadas.

El pago del primer recibo correspondiente a la prima anual de las prórrogas de la póliza, presupone la aceptación del conjunto de las nuevas condiciones.

### **8.4. Descuentos en la prima de seguro**

Podrán ser aplicados los siguientes descuentos en el importe de la prima del seguro a partir del momento en que sean solicitados:

**8.5. Descuento familiar.-** Siempre que estén asegurados en esta misma póliza todos los miembros de la familia:

1. Un descuento del 4% para las familias integradas por padre y madre con un hijo menor de 27 años.
2. Un descuento del 8% para las familias integradas por padre o madre con dos hijos menores de 27 años.
3. Un descuento del 10% a las familias integradas por padre y madre con dos hijos menores de 27 años.
4. Un descuento del 12% a las familias integradas por padre o madre con tres hijos o más menores de 27 años.
5. Un descuento del 15% a las familias integradas por padre y madre con tres hijos o más menores de 27 años.

Los mencionados descuentos serán de un porcentaje inferior a los anteriormente señalados para cada situación concreta cuando se trate de personas aseguradas en aplicación de acuerdos para colectivos.

El porcentaje de descuento correspondiente en cada caso podrá ser incrementado por causas de reducida siniestralidad del conjunto de miembros de la familia asegurados.

La condición familiar se acreditará mediante el carné familiar o el libro de familia, y el descuento correspondiente se aplicará a todos los miembros de la familia hasta que el nombre de hijos menores de 27 años sea inferior a los establecidos en cada caso.

**8.6. Descuento generaciones.-** Este descuento se aplicará en función de los descendientes que suscriban la misma póliza y quedará recogido en el importe de la prima que conste en las condiciones particulares.

## **9. Exención temporal del pago de recibos por muerte de progenitores o tutores**

Si se produce la muerte de uno o ambos progenitores, o de todos los tutores nombrados judicialmente por defecto de aquellos, la Mutua se hará cargo, durante doce meses, del importe de los recibos mensuales del seguro que correspondiesen a los hijos o tutelados

menores de 18 años, siempre que unos y otros estuviesen previamente asegurados en esta misma póliza y, en su caso, el progenitor superviviente continúe de alta durante todo el periodo antes citado. En caso de inscripción inicial de los hijos y un solo progenitor, la defunción de éste también comportará la gratuidad de los mencionados recibos mensuales en los mismos términos descritos anteriormente.

La muerte que de derecho a la exención los mencionados recibos mensuales deberá ser comunicada a la Mutua y acreditada, mediante la aportación del correspondiente certificado de defunción, en el plazo máximo de tres meses desde que se hubiese producido.

La exención de los mencionados recibos mensuales durante el citado periodo máximo de doce meses, se aplicará a partir del día 1 del mes siguiente a la comunicación y acreditación, dentro del periodo establecido, la defunción o defunciones que la generen.

## **10. Deberes del asegurado**

Al margen de las obligaciones que legalmente le corresponden, el tomador y/o asegurado comunicarán a la Mutua todas las circunstancias que agraven un riesgo y que podrían condicionar e incluso imposibilitar, la suscripción de la póliza por parte de la aseguradora.

El asegurado facilitará a la Mutua, si es necesario, de forma periódica, toda la información y los documentos que aquella le requiera sobre las circunstancias y las consecuencias del siniestro, y tanto aquel como sus familiares facilitarán que la Mutua lleve a término directamente cualquier comprobación sobre el siniestro que considere necesaria.

El asegurado perderá el derecho a la prestación si incumple las anteriores obligaciones con engaño o culpa.

## **11. Periodo de cobertura**

La cobertura se inicia a partir de la fecha establecida en las condiciones particulares y por un periodo que finaliza el 31 de diciembre del año en curso.

**La cobertura se renovará automáticamente cada año por un período de un año natural, salvo que la Mutua comunique por escrito, antes de dos meses de la fecha de vencimiento, y el tomador o la persona protegida antes de un mes de la mencionada fecha, su voluntad de no renovarla.**

## **12. Subrogación**

Una vez satisfecha la prestación a la persona protegida, la Mutua puede ejercer contra los responsables del siniestro que haya requerido la asistencia prestada los derechos y las acciones legales que correspondan a aquella persona. Mediante esta subrogación la Mutua podrá reclamar a los responsables del siniestro el importe de los gastos de la prestación a la persona protegida.

También procederá la subrogación de la Mutua en los derechos que tuviera la persona protegida cuando esta hubiera asumido las obligaciones que también hubieran de ser prestadas por otras personas o entidades.

En ningún caso, la subrogación podrá comportar un perjuicio al tomador o a la persona protegida, los cuales se obligan a facilitar el ejercicio eficaz de la subrogación por parte de la Mutua.

### **13. Comunicaciones**

Las comunicaciones entre la Mutua y el tomador y las personas protegidas deben dirigirse a sus respectivos domicilios. Estos domicilios serán los que consten en la póliza, excepto cuando se hubiera comunicado formalmente un cambio posterior.

Las conversaciones telefónicas mantenidas entre la Mutua y el asegurado o el beneficiario, derivadas de suscripciones de pólizas de seguro con la Mutua, podrán ser grabadas por esta última y utilizadas en los procesos de control de calidad o como máximo de prueba en procedimientos judiciales o arbitrales, preservando siempre la debida confidencialidad.

## Anexo

### Importe máximo de cobertura económica por contingencia proporcionada por un proveedor de la Mutua.

- 10.000 euros por prótesis o material implantado

### Indemnizaciones máximas

- Los importes siguientes corresponden al límite máximo de indemnización económica al que se tiene derecho en aplicación del apartado 3.2.2. de la Póliza (es decir, cuando la persona protegida haya acreditado haberse hecho cargo del coste de la contingencia), según la prótesis concreta que se haya requerido en cada caso.

#### **Aparato Cardiocirculatorio**

Electrodos de marcapasos	440,00
Marcapasos	5.499,00
Recambio generador marcapasos	2.890,00

#### **Oclusores**

Amplatzer	4.853,00
Microesfera	294,00
Ocluser Coronario	457,00
Ocluser vascular o cardíaco	962,00

#### **Válvulas Cardíacas**

Válvulas mecánicas, biosintéticas	4.247,00
-----------------------------------	----------

#### **Vasos Aparato Circulatorio**

Arteria coronaria (diferentes medidas, stents)	2.352,00
Endoprótesis de aorta	6.066,00
Injertos bifurcaciones	1.141,00
Para diferentes vasos (lisa, recta, escalonada, espiral, semicónica)	1.898,00

#### **Otros**

Anillo valvular	738,00
Corazón artificial implantable	10.000,00
Desfibrilador implantable	10.000,00
Filtros de vena cava u otros vasos	1.215,00

#### **Aparato locomotor**

##### **Ligamentos**

Dacrón, Teflón, artificiales	2.426,00
------------------------------	----------

##### **Material de Osteosíntesis**

Grapas, clavos, tornillos, fijadores, placas, arandelas, alambre	2.087,00
Halo-West o Cervifix	4.853,00
Viscogel o similares	2.000,00

##### **Prótesis Articulares**

Fijador columna vertebral (un espacio intervertebral)	3.796,00
Fijadores columna vertebral (dos o más espacios intervertebrales)	6.067,00
Interespinal columna vertebral (por unidad)	1.200,00
Prótesis cabeza de radio	2.159,00
Prótesis cadera parcial	3.033,00
Prótesis cadera total	6.066,00
Prótesis de codo	3.642,00
Prótesis de rodilla total	6.066,00
Prótesis de rodilla unicompartimental	4.247,00
Prótesis total o parcial de hombro	3.033,00
Prótesis total o parcial muñeca	3.848,00
Prótesis total o parcial tobillo	4.853,00
Trapezometacarpiana	913,00

##### **Prótesis Inteligentes Sustitutivas**

Prótesis inteligente de muñeca	10.000,00
--------------------------------	-----------

Prótesis inteligente de rodilla	10.000,00
<b>Prótesis Sustitutivas de Hueso y Tendones</b>	
Bóveda de cráneo	245,00
Prótesis de cuerpo vertebral	2.426,00
Prótesis de disco intervertebral	3.421,00
Prótesis de falanges o similares	913,00
Prótesis de mandíbula-mentón	307,00
<b>Varios</b>	
Espaciador articular (rodilla, columna,...)	930,00
Kit cifoplastia	3.032,00
Kit de vertebroplastia	3.032,00
Regenerador de cartilago	1.500,00
<b>Ginecología</b>	
Kit ocluser tubárico bilateral	842,00
Viscogel o similares	960,00
<b>Neurocirugía</b>	
Plastias sintéticas neuroquirúrgicas de duramáter	1.821,00
Válvulas hidrocefalia	2.426,00
Viscogel o similares	2.000,00
<b>Estimuladores</b>	
Estimulador medular	10.000,00
Estimuladores cerebrales	10.000,00
Recambio generador de neuroestimulador	4.853,00
<b>Oftalmología</b>	
Anillo capsular	70,00
Implante palpebral metal noble o seminoble	182,00
Implante vías lagrimales	91,00
Lente intraocular cámara anterior o posterior (incluye Healon y similares)	226,00
Lente intraocular para miopía elevada (incluye viscoelásticos)	495,00
Pieza de metal noble o similares	226,00
Tapón lagrimal	133,00
Válvula intraocular antiglaucoma	730,00
Viscogel o similares	200,00
<b>Otorrinolaringología</b>	
Cartilago nasal	610,00
Implante coclear	10.000,00
Laringe artificial	2.426,00
Prótesis de reconstrucción osicular parcial o total	1.215,00
Prótesis endotraqueal	1.026,00
Prótesis por estapedectomía	366,00
Tabique nasal	182,00
Tubo de drenaje metal noble o sintético (unidad)	91,00
<b>Urología</b>	
Prótesis peneana (maleable, semirrígida, hinchable...)	4.853,00
Prótesis testiculares (unidad)	307,00
Viscogel o similares	1.200,00
<b>Esfínteres y similares</b>	
Cincha o Sling por incontinencia orgánico/sintético	641,00
Esfínter artificial de vejiga	8.000,00
Estimulador para la incontinencia	8.000,00
Prótesis antirreflujo	967,00
<b>Otras Prótesis</b>	
Banda laparoscópica	1.215,00
Botón gastrostomía	175,00
Prótesis biliar	641,00
Prótesis esofágica	610,00
<b>Bombas de Infusión</b>	
Bomba de insulina	913,00
Porth-A-Cath	427,00
<b>Mallas (por unidad)</b>	
Malla multifilamentosa	1.283,00
Malla para suelo pélvico	1.026,00

Malla simple (de Marlex, Prolene...)	321,00
<b>Prótesis Mamarias (unidad)</b>	
Expansor	546,00
Prótesis mama	1.027,00
<b>Material Biológico</b>	
Arterias y venas. Unidades mayores de 45 cm	1.401,00
Arterias y venas. Unidades menores de 45 cm	901,00
Células beta pancreáticas	3.033,00
Células precursoras de médula ósea	3.033,00
Córnea	763,00
Factores autólogos de crecimiento óseo (AGF)	175,00
Implante para regeneración nerviosa	2.189,00
Membrana amniótica	631,00
Pericardio bovino de diferentes medidas	763,00
Piel (2 € por centímetro cuadrado)	3.033,00
Plastias biológicas neuroquirúrgicas de duramáter	3.033,00
Tejido fetal humano	3.033,00
Tejido óseo liofilizado	1.283,00
Tendones (por unidad)	1.201,00
Tímpano heterólogo	763,00
Válvulas cardíacas (por cada una)	3.032,00
<b>Otros</b>	
Aparato fonación	684,00
Audioprótesis intra o retroauricular (cada 5 años) por unidad	1.100,00
Prótesis biomecánica externa de extremidad superior o inferior (cada 8 años)	30.024,00
Silla de ruedas (cada 5 años)	384,00

Las prótesis de implantación interna y el material de osteosíntesis no contemplado en el presente baremo se valorarán por similitud con los del baremo, siempre con el mismo límite máximo contemplado en las condiciones generales.

En el caso de colocación de prótesis, la indemnización contemplada incluye el material de implantación.

Material Biológico (\*) Importes ajustados teniendo como referencia los importes de manipulación y conservación contemplados en el tarifario del Banco de sangre y tejidos de Cataluña.



## Asistencia Sanitaria Cuadro Médico Junior

### Condiciones generales

#### 1. Cláusula preliminar

El contrato de seguro suscrito con Mutua General de Cataluña, Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija, en adelante la Mutua, se rige por lo expuesto en la Ley 50/1980, de 8 de Octubre, del Contrato de Seguro, la ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, por el Reglamento que lo desarrolla, Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, y por cualquier otra disposición que regule las obligaciones y los derechos de las partes y en concreto, por aquello convenido en las condiciones generales y particulares y, en su caso, en el documento complementario de condiciones específicas.

El control de la actividad de la Mutua corresponde a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía y Hacienda del estado español.

Mutua General de Cataluña, Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija, dispone de un Servicio de Atención al Mutualista, ubicado en la c/ Tuset, núms. 5-11, 08006 de Barcelona, para atender las quejas y/o reclamaciones relacionadas con la actuación de la propia entidad o de la de sus agentes de seguros, de acuerdo con el procedimiento previsto en la Orden ECO 734/2004, de 11 de marzo, de Protección al Consumidor.

En todas las oficinas de la mutualidad se encuentra disponible, para su consulta, el Reglamento regulador del Servicio de Atención al Mutualista.

Transcurrido el plazo de dos meses sin obtener respuesta por parte del Servicio de Atención al Mutualista o no siendo ésta de su conformidad, pueden dirigirse al Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, con domicilio en el Paseo de la Castellana, número 44, 28046 de Madrid.

En todo caso, el cliente puede acudir a los Tribunales de justicia competentes o bien someterse a la decisión de un órgano arbitral aceptado por ambas partes.

Si el contenido de la póliza difiere de la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas, el tomador del seguro podrá reclamar a la Mutua 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 la póliza.

#### 2. Definiciones

A los efectos de esta póliza de seguro, se entiende por:

- **Accidente:** hecho producido durante la vigencia del seguro por una causa externa, súbita, violenta y ajena a la voluntad de la persona protegida y que produce una lesión.
- **Actuación preventiva:** acción o asistencia dirigida a evitar lesiones o enfermedades antes de que éstas se produzcan efectivamente, o encaminada a prevenir posibles

complicaciones de enfermedades o lesiones ya existentes pero que no se encuentran en fase aguda.

- **Asistencia:** servicio necesario prestado por un profesional sanitario legalmente habilitado.
- **Causa no patológica:** aquella que no deriva de una enfermedad ni de una lesión.
- **Declaración de Salud:** formulario suministrado por la Mutua y cumplimentado y firmado por una persona física, que contiene una declaración sobre el estado de salud de ésta o bien sobre el estado de salud de una persona que está bajo su tutela.
- **Franquicia:** parte del importe del gasto generado por el siniestro que, en aquellos casos específicamente establecidos, va a cargo de la persona protegida.
- **Hospital, clínica o centro hospitalario:** centro, público o privado, legalmente autorizado para el tratamiento de enfermedades o lesiones que cumple las condiciones siguientes:

1. Estar provisto de los medios necesarios para realizar diagnósticos y para practicar tratamientos médicos y/o intervenciones quirúrgicas.
2. Admitir únicamente el ingreso de personas enfermas o lesionadas.
3. Disponer de médicos y personal sanitario durante las 24 horas del día.
4. Practicar los tratamientos médicos y las intervenciones quirúrgicas necesarias exclusivamente mediante profesionales cualificados.

En ningún caso se consideran hospitales los balnearios, las casas de reposo, los asilos, los centros dedicados al tratamiento de enfermedades crónicas ni los establecimientos o las instituciones similares a los citados.

- **Lesión:** cambio patológico en un tejido o en un órgano sano que altera la integridad física o el equilibrio funcional y que comporta un daño anatómico o fisiológico.
- **Enfermedad:** alteración del estado de salud diagnosticada por un médico, producida durante la vigencia del seguro y no derivada de accidente, que hace necesaria una asistencia médica.
- **Médico:** doctor o licenciado en medicina legalmente capacitado y autorizado para tratar médica o quirúrgicamente una enfermedad o lesión.
- **Mutua:** la Mutua General de Cataluña, Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija.
- **Persona protegida:** persona física expuesta al riesgo asegurado.
- **Póliza:** documento o documentos que contienen las cláusulas y los pactos reguladores del contrato de seguro. Forman parte integrante e inseparable de la póliza estas condiciones generales y, siempre que existan, las condiciones particulares o específicas, así como los apéndices que recojan, en su caso, las modificaciones acordadas durante la vigencia del contrato. La solicitud de seguro y la declaración de salud también forman parte de la póliza.
- **Tomador:** persona que suscribe el seguro.
- **Prestación:** obligación o conjunto de obligaciones que asume la Mutua para con el tomador, la persona protegida o el beneficiario.
- **Prima:** precio de la cobertura, el importe del cual, junto con los impuestos, tasas o recargos que correspondan, ha de ser satisfecho por el tomador o por el asegurado según las condiciones establecidas en la póliza.
- **Proceso:** serie de asistencias encaminadas a curar o mejorar una misma lesión o enfermedad. En ningún caso se considera proceso el conjunto de asistencias o actuaciones sanitarias realizadas para tratar situaciones crónicas.
- **Relación de protección:** relación entre la Mutua y el tomador, la persona protegida y el beneficiario, que procura una protección consistente en la prestación de que se trate en cada caso.
- **Servicios autorizados:** médicos, otros profesionales sanitarios, hospitales y centros sanitarios que figuran en el Cuadro Facultativo y de Servicios Asistenciales Autorizados Médico de la Mutua -con todos los cuales ésta tiene formalizado un contrato o convenio de colaboración- o que figuran en un Cuadro Médico gestionado por un tercero en nombre de la Mutua. La persona protegida puede escoger

libremente, entre los servicios autorizados, al médico, profesional sanitario, hospital o centro sanitario que le prestará la asistencia sanitaria requerida. **Sobre los servicios autorizados recae exclusivamente la responsabilidad de prestar correctamente la asistencia sanitaria de que se trate en cada caso, respecto a la cual la Mutua actúa como gestora para su realización y pago, en los términos establecidos en estas condiciones generales.**

- **Unidad familiar:** cualquiera de los colectivos siguientes: A) Grupo formado por el matrimonio o la pareja de hecho y los hijos que convivan juntos. B) El padre o la madre que no tengan cónyuge ni pareja de hecho y los hijos que convivan juntos. Ambos casos incluyen los hijos comunes y los del uno o del otro.
- **Urgencia:** situación grave que requiere una asistencia inmediata porque el retraso podría ocasionar un daño irreparable en la integridad física de la persona protegida.
- **Urgencia hospitalaria:** urgencia que requiere una asistencia hospitalaria inmediata. No tienen esta consideración, por lo tanto, las situaciones siguientes:
  1. Aquéllas que, a pesar de ser graves, no precisen una atención hospitalaria inmediata y puedan ser tratadas correctamente por consulta externa.
  2. Las asistencias y los servicios sanitarios practicados por los servicios ordinarios del hospital después de haber sido atendida la urgencia por parte de los servicios específicos de urgencias del centro.

### 3. Objeto

Mediante este seguro la Mutua cubre los gastos razonables y usuales derivados de la asistencia sanitaria practicada a la persona protegida, en los términos establecidos en la póliza.

La obligación aseguradora de la Mutua consiste en poner a los profesionales y centros sanitarios del Cuadro Facultativo y de Servicios Asistenciales Autorizados al alcance y libre elección del mutualista, y en hacer frente al coste asegurado dentro de los parámetros contractuales, **no siendo responsable de los actos asistenciales negligentes, culposos o dolosos cometidos frente al mutualista por los mencionados profesionales y/o centros sanitarios.**

**La libertad de elección de médico y centro comporta la ausencia de responsabilidad directa, solidaria o subsidiaria de la Mutua por los actos de aquéllos.**

### 4. Nacimiento de la relación de protección

Para que pueda originarse la relación de protección objeto de este seguro es necesario formalizar la suscripción correspondiente y que se cumplan las condiciones siguientes:

1. Tener la persona a asegurar entre 3 y 23 años de edad. En el supuesto que la persona a asegurar tenga hermanos de la edad antes mencionada, la inscripción al seguro deberá hacerse, preceptivamente, conjuntamente de todos los referidos hermanos. A los efectos de este seguro se consideran hermanos todos aquellos que formen parte de la unidad familiar.
2. No haber sido asegurada, la persona a asegurar, en ningún otro seguro de asistencia sanitaria de la Mutua en los últimos seis meses inmediatamente anteriores.
3. Formalizar la persona a asegurar una Declaración de salud, mediante los impresos establecidos u otros medios telemáticos, telefónicos o propios de nuevas tecnologías habilitados al efecto y, cuando la Mutua lo hubiese requerido previamente, pasar una revisión médica.

4. No tener suscrita el padre, la madre o la pareja de hecho de la unidad familiar de la persona protegida otra póliza de asistencia sanitaria con la Mutua.
5. Aportar la persona a asegurar la información que la Mutua le requiera sobre su historial como asegurada en el ramo de salud.
6. Aceptar la Mutua la suscripción del seguro.

Podrán ser también aseguradas las personas menores de 3 años satisfaciendo una prima específica y siempre que se cumplan, además de todas las condiciones antes establecidas, las siguientes:

- a) Que ni la persona a asegurar ni ninguna otra persona integrante de su colectivo familiar, no hayan sido nunca inscritos en ningún otro seguro de asistencia sanitaria de la Mutua.
- b) Que, por cada persona a asegurar menor de 3 años, haya al menos en el colectivo familiar una persona asegurada mayor de la referida edad.

## 5. Descripción de la cobertura

Las prestaciones cubiertas por esta póliza son las siguientes:

**5.1. Asistencia hospitalaria.**- En concepto de asistencia hospitalaria, la Mutua asume el coste de la asistencia médica o quirúrgica en un hospital prescrita por un médico. Esta asistencia incluye en todo caso los gastos siguientes:

- 5.1.1. Gastos de hospitalización, incluida la manutención del paciente y la habitación con cama de acompañante siempre y cuando sea posible.
- 5.1.2. Gastos por estancia en unidades de vigilancia o cuidados intensivos.
- 5.1.3. Gastos de intervención quirúrgica.
- 5.1.4. Honorarios de cirujanos, médicos y colaboradores de éstos en las intervenciones que se lleven a cabo.
- 5.1.5. Tratamientos necesarios.
- 5.1.6. Exploraciones complementarias para efectuar el diagnóstico.
- 5.1.7. Gastos por material sanitario.
- 5.1.8. Gastos por medicación.

**La cobertura de hospitalización psiquiátrica, sea en régimen de internamiento o de hospital de día, no podrá superar los 90 días naturales al año, tanto si éstos son seguidos como si son consecuencia de diversas hospitalizaciones durante el año.**

**5.2. Asistencia extrahospitalaria.**- En concepto de asistencia extrahospitalaria, la Mutua asume en los términos establecidos en la póliza los gastos siguientes:

- 5.2.1. Asistencia médica en consultorio y asistencia médica de urgencia en el propio domicilio por parte del médico de cabecera o del pediatra.
- 5.2.2. Pruebas diagnósticas, actos terapéuticos y cirugía de día (aquella que no requiere hospitalización) o ambulatoria (aquella que tiene como objeto intervenciones menores) practicada a la persona protegida por prescripción médica.
- 5.2.3. Gastos por asistencia odontológica en consultorio, extracciones y cuidados estomatológicos e higienes dentales.
- 5.2.4. Gastos por visitas de psicología.
- 5.2.5. Gastos por servicio de podología (sesiones de quiropodia anuales).

**5.2.6.** Los gastos correspondientes a los siguientes productos farmacéuticos hasta un importe máximo de 6.000 euros anuales, en las condiciones que se expresan:

- a) Aquéllos que sean específicamente citostáticos, así como también los productos antieméticos y los protectores gástricos o similares, que sean utilizados en quimioterapia antineoplásica.
- b) Los siguientes anticuerpos monoclonales (descritos por el nombre del compuesto) que sean utilizados en los tratamientos oncológicos y administrados de forma endovenosa, reservándose la Mutua el derecho a establecer un gasto máximo cubierto por cada administración de un anticuerpo monoclonal igual al precio del compuesto genérico aplicado más económico existente en cada momento: Rituximab, Trastuzumab, Cetuximab, Bevacizumab, Panitumumab y Bortezomib.

**Los productos farmacéuticos referidos en los dos anteriores apartados quedan cubiertos siempre y cuando sean prescritos, expedidos y administrados directamente en un centro hospitalario específicamente autorizado por la Mutua para el tratamiento antineoplásico, se expidan en el mercado farmacéutico y se encuentren debidamente autorizados por las autoridades sanitarias competentes del Estado Español, en las indicaciones que figuran en la ficha técnica del producto.**

**5.3. Traslado en vehículo sanitario.-** La Mutua asume el coste del traslado de la persona protegida, en vehículo sanitario terrestre y siempre que sea necesario por prescripción médica, para ser ingresada en un hospital; asimismo asume el coste del traslado en vehículo sanitario de la persona protegida hasta su domicilio, siempre que sea imprescindible por prescripción médica, una vez dada de alta del hospital donde hubiese sido ingresada.

**5.4. Rehabilitación.-** Por este concepto la Mutua asume el coste de la rehabilitación ambulatoria (no hospitalaria) de la persona protegida, prescrita por un médico especialista rehabilitador y practicada en un centro idóneo por fisioterapeutas titulados, dirigida a restituir las disfunciones producidas por enfermedad o accidente, **a excepción de la que comporte la utilización de ondas de choque en el aparato locomotor.**

**Las asistencias relacionadas seguidamente tienen como cobertura máxima el número de sesiones o tratamientos que se mencionan:**

- **Visitas de psicología clínica: 7 por persona protegida y año.**
- **Sesiones de rehabilitación funcional: 90 por persona protegida y año.**
- **Sesiones de logopedia: 90 por persona protegida y año, únicamente por indicación del médico especialista correspondiente, cuando la causa sea una patología orgánica, así como las realizadas inmediatamente después de una intervención quirúrgica (post intervención quirúrgica).**
- **Sesiones de quiropeedia: 12 por persona protegida y año. Sin embargo, la Mutua podrá autorizar más sesiones si son prescritas por el médico responsable del paciente. En los casos de pie diabético prescritos médicamente, el número de sesiones cubiertas será ilimitado.**
- **Higiene dentales: 2 por persona protegida y año.**

## 6. Forma de prestación de la cobertura

### 6.1. Asistencia practicada por servicios autorizados

Las prestaciones cubiertas serán practicadas por los servicios autorizados. Para tener derecho a la cobertura se deberán cumplir todas las condiciones establecidas en la póliza y específicamente las siguientes:

- Ser persona protegida.
- Haber sido la prestación prescrita y efectuada por un servicio autorizado por la Mutua.
- Estar al corriente de pago de la prima.
- Abonar la franquicia correspondiente en los casos en que ésta se encuentra establecida.
- Posibilitar que la Mutua efectúe las comprobaciones que considere necesarias sobre el estado de salud de la persona protegida, y facilitar la información que aquélla requiera en relación con las circunstancias y consecuencias de la enfermedad o accidente, así como del tratamiento médico correspondiente.

La persona protegida puede elegir a los profesionales y centros del Cuadro Facultativo y de Servicios Asistenciales Autorizados, y acceder libremente a sus servicios, para todas las prestaciones que no requieran autorización.

Cuando sea preceptiva la autorización de la Mutua para poder acceder a una prestación, la asistencia precisada se deberá comunicar en los términos siguientes:

- a) Con la máxima antelación posible, en el caso de que deban practicarse a la persona protegida un ingreso hospitalario, una intervención quirúrgica, o cualquier prueba o tratamiento autorizable. En todos estos casos, se deberá presentar una certificación del médico que atienda a la persona protegida afectada en la que conste el número de asegurado, su nombre y apellidos, la fecha y hora de admisión hospitalaria prevista, el diagnóstico provisional, el tratamiento o la prueba indicada, así como la estancia hospitalaria prevista si ésta procede.
- b) En caso de hospitalización urgente, intervención quirúrgica urgente o servicio de urgencia, en el plazo máximo de 24 horas contadas desde el momento en que se haya efectuado el ingreso. En este caso, la persona protegida presentará una certificación del médico que la atienda en la que conste el número de asegurado, su nombre y apellidos, la fecha y hora de admisión hospitalaria y el diagnóstico provisional.
- c) En el plazo máximo de 7 días a contar desde aquel día que haya finalizado la permanencia en el hospital, se deberá presentar una certificación indicando la evolución del proceso y el diagnóstico definitivo, firmada por el médico que haya atendido a la persona protegida y por la administración del centro hospitalario, acreditando la fecha de alta y los servicios efectuados.

A criterio y por decisión de la Mutua, la documentación citada podrá ser sustituida por una certificación global del centro hospitalario que contenga la misma información.

Cuando la asistencia se practique en servicios autorizados, la Mutua abonará directamente a quien la hubiese prestado el importe de aquélla. En este caso, la persona protegida solamente deberá abonar el importe de la franquicia en los casos en que la misma esté establecida. El importe de las franquicias abonadas por prestaciones de acupuntura será reembolsado por la Mutua a la persona protegida siempre que aquellas prestaciones tengan por objeto el tratamiento de lumbalgias crónicas de más de dos años de evolución.

En caso de que la persona protegida, en el momento de precisar una asistencia sanitaria, se encuentre en un lugar del Estado Español que no conste en el Cuadro Médico de la zona geográfica que le corresponda, lo comunicará previamente a la Mutua, siempre que ello sea posible, y ésta le indicará los centros médicos o los facultativos que la puedan atender.

La asunción por la Mutua del importe de la asistencia requiere que la persona protegida presente en los servicios autorizados los documentos siguientes:

1. Documento Nacional de Identidad o, en su caso, tarjeta de residencia.
2. Identificación y acreditación de la condición de persona protegida.
3. Acreditación, mediante el recibo correspondiente, de haber pagado el último recibo de la prima a la Mutua.
4. Autorización previa y expresa de la Mutua siempre y cuando se trate de intervenciones quirúrgicas, hospitalizaciones, métodos terapéuticos y pruebas diagnósticas. Se exceptúan de esta autorización las pruebas y los tratamientos siguientes:
  - Aerosolterapia
  - Análisis clínicos (excepto citogenética, biología molecular, genética y genética molecular)
  - Audiometría
  - Broncoespirometría
  - Campimetría ocular
  - Citologías
  - Claudicometría simple
  - Colposcopias
  - Desbridamiento de abscesos sin anestesia general
  - Doppler
  - Ecografías
  - Electrocardiograma
  - Estudios anatomopatológicos de biopsias y piezas quirúrgicas
  - Extracción de biopsia en consulta
  - Extracciones de piezas dentarias
  - Fibroendoscopias nasal, rinofaríngea y laríngea, y salpingoscopia
  - Impedanciometría
  - Infiltraciones articulares y artrocentesis
  - Pletismografía
  - Pruebas alérgicas (excepto de alto riesgo)
  - Radiología digestiva con contraste baritado
  - Radiología general sin contraste
  - Radiología urológica con contraste yodado (excepto urodinámica)
  - Rectoscopia
  - Tratamiento ortopédico con escayola

Cuando sea preceptiva autorización de la Mutua –excepto en caso de hospitalización urgente, intervención quirúrgica urgente o servicio de urgencia- ésta dispondrá de un período mínimo de dos días laborables para expedir la correspondiente autorización.

## **6.2. Asistencia practicada por servicios no autorizados**

- 6.2.1. **Excepcionalmente, la Mutua cubre, en los términos seguidamente establecidos, las siguientes asistencias practicadas por servicios no autorizados:**

- a) Asistencias de urgencia que haya sido imposible practicar, por razones justificadas, por los servicios autorizados, hasta una cobertura económica máxima de 12.000 euros, calculados según la factura satisfecha y aportada por la persona protegida.
- b) Las visitas de acupuntura están cubiertas, con una cobertura económica máxima establecida en el anexo II, siempre que tengan por objeto el tratamiento de lumbálgias crónicas de más de dos años de evolución, y quedarán excluidas de cobertura en los otros casos.

En los anteriores casos, la persona protegida notificará a la Mutua la asistencia sanitaria requerida en el plazo más breve posible.

- 6.2.2. Siempre que proceda la cobertura, la Mutua podrá optar entre hacerse cargo del abono de la asistencia sanitaria al centro que la hubiese practicado o bien rembolsar la cantidad correspondiente a la persona protegida.
- 6.2.3. Para proceder al reembolso se deberán cumplir las condiciones siguientes, que podrán ser realizadas por la propia persona protegida o bien por otra persona en su nombre:
- Presentación de un informe médico en el que conste la información siguiente:
    - a) Persona a quien se haya realizado la asistencia.
    - b) Naturaleza, fecha e importe de los actos médicos realizados.
    - c) Persona o personas, físicas o jurídicas, que hayan prestado la asistencia, con indicación del nombre, domicilio, número de colegiado y número de identificación fiscal.
  - En caso de intervención quirúrgica, hospitalización, y realización de pruebas diagnósticas y/o métodos terapéuticos, remisión a la Mutua de un informe médico en el que consten los datos siguientes:
    - a) Persona protegida.
    - b) Diagnóstico y naturaleza de la enfermedad.
    - c) Tipo de tratamiento efectuado y probable duración.
    - d) Centro asistencial de ingreso.
    - e) Fecha y hora del ingreso.
  - Para las prestaciones de acupuntura cubiertas será suficiente la presentación de un informe médico que contenga el diagnóstico y justifique el tratamiento requerido.
  - En los casos de hospitalización, comunicación del periodo de internamiento una vez finalizado.
  - Presentar las facturas originales de los gastos generados.
  - Informe de alta médica, en el cual se hará constar la continuidad asistencial oportuna cuando ésta fuese necesaria, salvo para las prestaciones de acupuntura.
  - Rellenar debidamente el impreso de solicitud de reembolso.
- 6.2.4. Toda la documentación será aportada mediante documentos originales redactados de forma fácilmente legible en lengua catalana o castellana. Siempre que los documentos fuesen redactados en otras lenguas, la persona protegida deberá hacerlos traducir a su cargo.
- 6.2.5. El incumplimiento de las condiciones expuestas en los párrafos anteriores liberará a la Mutua de la obligación de rembolsar los gastos de asistencia, salvo que aquél fuese debido a circunstancias de fuerza mayor.

- 6.2.6. Una vez recibida toda la documentación preceptiva y realizada, si procede, las comprobaciones oportunas, la Mutua reembolsará el importe de los gastos de la asistencia o, si éste no fuese aceptado, consignará la cantidad garantizada, en un plazo máximo de diez días laborables.
- 6.2.7. El importe de los gastos de asistencias practicadas en el extranjero y abonadas en monedas diferentes al euro se calculará según el cambio oficial del euro en el momento en que la persona protegida efectuó el pago.

## **7. Franquicias**

### **Se establecen las franquicias relacionadas en el anexo I.**

El importe de las franquicias establecidas en estas condiciones generales podrá ser incrementado por la Mutua para los actos médicos que deban ser practicados en aquellos servicios autorizados que registren una notable desviación del coste de dichos actos médicos en el que se basen económicamente los cálculos actuariales del seguro. El importe de las franquicias será, en tales casos, el que técnicamente corresponda para ajustar la base de los referidos cálculos actuariales, sin que pueda superar el triple del importe general de la franquicia establecido para cada anualidad, y será comunicado a los tomadores tanto su importe concreto como el momento en el que tome efectos su eventual aplicación.

## **8. Riesgos excluidos**

### **Quedan expresamente excluidos y no causan derecho a ninguna prestación los gastos siguientes:**

- 8.1. Generados por enfermedades, defectos, lesiones o malformaciones en los que concurra alguna de las circunstancias relacionadas a continuación:
- 8.1.1. **Previos a la contratación del seguro o derivados de la valoración técnica de la declaración de salud.**
  - 8.1.2. **Derivados de autolesiones o de intentos de suicidio.**
  - 8.1.3. **Derivados de causas no patológicas o de tratamientos producidos por dichas causas.**
  - 8.1.4. **Derivados de drogadicciones, de intoxicaciones por drogas, incluida la embriaguez, o del consumo de medicamentos efectuado sin prescripción médica o sin observar la forma prescrita.**
  - 8.1.5. **Derivados de enfermedades profesionales, de accidentes de trabajo cubiertos por el seguro laboral, de accidentes de vehículos a motor cubiertos por el seguro de suscripción obligatoria, de accidentes de caza o de otras situaciones cubiertas por seguro obligatorio o por un tercer responsable.**
  - 8.1.6. **Producidas como consecuencia de la práctica profesional o competitiva de cualquier deporte o actividad deportiva, de la realización federada de cualquier tipo de deporte, de la práctica de deportes de aventura y de la práctica como aficionado de deportes o actividades de riesgo o que comporten una especial peligrosidad (entre aquellos y aquellas se incluyen, a título meramente enunciativo y no limitativo, los deportes de montaña, la escalada, los de combate, el rugby, los toros, los deportes hípicas, la caza, la**

práctica de deportes aéreos, y en general los deportes similares a los anteriores, o de nueva creación, los cuales puedan considerarse de riesgo).

8.1.7. Ocasionados por conductas o actos realizados con ánimo fraudulento.

8.1.8. Derivados de alteración del orden público, de peleas, de desafíos o de cualquier otra acción punible según la legislación penal vigente y atribuible a la persona protegida.

8.1.9. Producidos como consecuencia de situaciones excepcionales (como guerras, insurrecciones, rebeliones, revoluciones, alzamientos, actos de terrorismo, maniobras militares o catástrofes naturales y epidemias declaradas oficialmente) o derivados de radiación nuclear o de contaminación radioactiva.

En los casos de accidentes laborales, cuando la persona protegida trabajase por cuenta ajena sin estar asegurada por esta contingencia, y en los casos de enfermedades profesionales, de accidentes de circulación y de accidentes de caza, la Mutua podrá acordar hacerse cargo de la asistencia cuando concurren los requisitos siguientes:

- Solicitud por escrito por parte de la persona protegida.
- Asistencia sanitaria prestada en servicios autorizados por la Mutua.
- Cesión a la Mutua de todos los derechos de subrogación que tuviese la persona protegida.
- Suministro a la Mutua de todos los documentos y la colaboración que ésta considere necesarios.

8.2. Generados por los tratamientos siguientes:

8.2.1. Cualquier asistencia derivada del parto o del embarazo, así como también la interrupción voluntaria del embarazo.

8.2.2. Tratamiento del bruxismo –salvo la corrección de sus efectos en la articulación Témporo-Mandibular (ATM) mediante intervención quirúrgica, la cual queda cubierta por el seguro-

8.2.3. La diálisis y la hemodiálisis; sin embargo, queda expresamente cubierta la diálisis y la hemodiálisis en caso de urgencia o de insuficiencia renal aguda.

8.2.4. Tratamientos de logopedia y foniatría, siempre y cuando no sean necesarios como consecuencia de una patología orgánica. Se excluyen específicamente los tratamientos de reeducación y terapias educativas, así como los derivados de problemas dentofaciales o preortodóncicos.

8.2.5. Hospitalizaciones derivadas de problemas o causas de cariz familiar o social.

8.2.6. Asistencia motivada por procesos seniles, degenerativos y otros en los que la permanencia en régimen de internado no sea considerada necesaria por facultativo autorizado.

8.2.7. Consultas y tratamientos de ortodoncia, actuaciones preprotésicas, ortodoncias, implantes, profilaxis, mantenimiento e intervenciones dentales no expresamente autorizados por la póliza.

- 8.2.8. Prótesis de cualquier tipo, ortesis, así como piezas anatómicas, ortopédicas o biológicas, material de osteosíntesis y osteotaxis, así como los costes de procesamiento y preservación de órganos y tejidos humanos. Están también excluidos los materiales e instrumentos necesarios para colocar prótesis, material de osteosíntesis y de osteotaxi.
- 8.2.9. Intervenciones para la colocación de prótesis peneana cuando no se haga por indicación vascular o neurológica.
- 8.2.10. Tratamientos esclerosantes de las dilataciones venosas de las extremidades inferiores cuando éstos no sean sustitutivos del tratamiento quirúrgico de las varices patológicas.
- 8.2.11. Internamientos de carácter médico o quirúrgico a causa de obesidad no mórbida.
- 8.2.12. Intervenciones con láser quirúrgico o cosmético salvo los láseres Yag, Argo, Diodo y de Hipertermia, utilizados en oftalmología.
- 8.2.13. Determinaciones del mapa genético, que tienen por finalidad conocer la predisposición a sufrir determinadas enfermedades relacionadas con alteraciones genéticas y las que, aún siendo de carácter o con finalidad diagnóstica, no influyan o no aporten ningún elemento al tratamiento aplicable.
- 8.2.14. Actuaciones preventivas, específicamente las revisiones y exámenes médicos generales de carácter preventivo, no expresamente autorizadas por la póliza.
- 8.2.15. Consultas, servicios y tratamientos con finalidades puramente estéticas o cosméticas. Sin embargo, quedan incluidos los siguientes:
- Consultas a endocrinólogos o dietistas a causa de obesidad.
  - Tratamientos de cirugía dermatológica menor por lesiones patológicas mínimas de tipo benigno.
- 8.2.16. Servicios consistentes en tratamientos en balnearios o en meras actividades de ocio, confort, reposo o deporte.
- 8.2.17. Servicios consistentes en técnicas de diagnóstico o en tratamientos que no tengan contrastada científicamente una positiva aportación para la curación.
- 8.2.18. Tratamientos y técnicas no aprobadas por las autoridades sanitarias y científicas competentes del Estado Español, o que sean experimentales o se encuentren en fase de estudio, o que no estén previstos de forma generalizada y pautada en el protocolo habitual de la disciplina o especialidad médica correspondiente.
- 8.2.19. Corrección quirúrgica de la presbicia (vista cansada).
- 8.2.20. Tratamientos que requieran de la utilización de la Cámara Hiperbárica.
- 8.2.21. Trasplantes de órganos, así como las visitas o consultas y pruebas para determinar la posibilidad de ser donante. No obstante, quedan

cubiertos por el seguro, el trasplante de córnea y el autotrasplante de médula de hueso.

8.2.22. Mamografías.

8.2.23. Vasectomía y esterilización tubárica.

8.2.24. Terapias Biológicas utilizadas para tratamientos oncológicos, a excepción de las especialmente autorizadas por la póliza, para los seguros que tengan cubiertos determinados anticuerpos monoclonales.

8.3. Generados por los suministros y servicios siguientes:

8.3.1. Productos farmacéuticos no ni administrados en régimen de hospitalización. Asimismo, los anticuerpos monoclonales expresamente autorizados por la póliza y administrados en régimen de hospitalización quedaran cubiertos por el seguro siempre que sean utilizados en tratamientos oncológicos.

8.3.2. Productos farmacéuticos distribuidos en régimen ambulatorio, salvo los expresamente autorizados por la póliza y en las condiciones generales establecidas en ésta.

8.3.3. Vacunas de toda clase, incluida la administración de las mismas.

8.3.4. Cama para el acompañante en unidades de vigilancia o cuidados intensivos, en servicios de atención a los recién nacidos (unidades de neonatología) y de psiquiatría.

8.3.5. Viajes y desplazamientos, salvo del traslado en vehículo sanitario de la persona protegida en los términos que prevea estas condiciones generales.

8.3.6. Técnica quirúrgica asistida por robótica (Da Vinci y similares o equiparables).

8.3.7. Utilización de los Neuronavegadores, a excepción de los utilizados para la cirugía de las patologías o lesiones que afecten al sistema nervioso central, las ablaciones y/o intervenciones cardíacas dónde sea imprescindible.

8.4. Derivados de asistencias en las que concurra alguna de las circunstancias siguientes:

8.4.1. Injustificadas médicamente o insuficientemente contrastadas científicamente.

8.4.2. Requeridas por la persona protegida con manifiesto abuso de derecho.

8.4.3. Tratamientos claramente superados por otros disponibles y cubiertos por la póliza.

8.4.4. Tratamientos que no tengan suficientemente probada una contribución eficaz, entre ellos la Mesoterapia, la Hidroterapia, la Quiropraxia, la Osteopatía, la Ozonoterapia, la Presoterapia y otros similares. Sin embargo, los tratamientos de ozonoterapia quedarán cubiertos en los casos de Hernia Discal y Espondilitis

anquilopoyética, siempre que sean practicados por servicios autorizados, y con los límites que se especifican en el anexo II.

- 8.4.5. Aplicadas a situaciones crónicas, incurables, y terminales que no tengan, estas últimas, justificación médica.
- 8.4.6. Consultas, servicios y situaciones patológicas derivados de un tratamiento prescrito o efectuado por una persona no autorizada o derivados del incumplimiento de las prescripciones del médico autorizado responsable de la curación.
- 8.4.7. Prestadas por personas vinculadas familiarmente con la persona protegida por relación conyugal o de parentesco hasta el segundo grado, incluido, de consanguinidad o de afinidad.

## **9. Causas específicas de extinción de la relación de protección**

El seguro quedará resuelto y, por lo tanto, extinguida la relación de protección, además de por las causas legalmente establecidas, por la concurrencia de alguna de las siguientes:

- a) Suscribir el padre, la madre o la pareja de hecho de la unidad familiar de la persona protegida otra póliza de asistencia sanitaria de la Mutua.
- b) Existir algún hermano de la persona protegida de edad comprendida entre los 3 y los 23 años no inscrito en este seguro.
- c) Alcanzar la persona protegida la edad de 23 años, en cuyo caso la relación de protección se extinguirá al final del período de cobertura en el que se cumpla aquella edad.

En el supuesto c) antes mencionado, la persona protegida mantendrá las condiciones de antigüedad en la Mutua en el supuesto que suscriba otro seguro de asistencia sanitaria.

## **10. La Prima**

### **10.1. Pago del seguro (primas)**

El tomador del seguro está obligado al pago de la prima anual desde el momento de la perfección del contrato. No obstante el carácter anual de la prima, podrá ser abonada mediante recibos mensuales, trimestrales o semestrales; en estos casos, se aplicará el recargo que corresponda.

El fraccionamiento del pago de la prima no exime al tomador de su obligación de abonar la totalidad de la prima anual. Así mismo, cuando, por causa no imputable a la Mutua, no sea efectuado el pago de la prima o de sus fracciones periódicas en el momento establecido, se deberán abonar los gastos que genere aquella falta de pago y el interés de demora.

Cuando sea de aplicación una variación de la prima por llegar la persona protegida a una edad determinada, aquella tendrá efectos a partir del día 1 del mes siguiente al que se produzca el mencionado cambio de edad, sea cual sea la periodicidad establecida para el cobro de la prima.

### **10.2. Efectos del impago de la prima**

Si, por culpa del tomador, la primera prima no fuese pagada o se produjese un impago de cualquiera de sus posibles fraccionamientos, la Mutua tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima debida en vía ejecutiva en base a la póliza.

En caso de falta de pago de la segunda o sucesivas primas, la cobertura de la Mutua queda suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si el asegurador no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima, se entenderá que el contrato queda extinguido. En cualquier caso, el asegurador, cuando el contrato esté en suspenso, solo podrá exigir el pago de la prima del período en curso.

En ambos casos, si el contrato no hubiese sido resuelto o extinguido de acuerdo con los párrafos anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las 24 horas del día en que el tomador pague la prima.

## **10.2. Actualización anual de las condiciones económicas de la póliza**

La Mutua, para el período de cobertura siguiente al de la contratación o prórroga de la póliza, puede actualizar el importe de la prima y de las franquicias, en función de los correspondientes cálculos técnicos, financieros y actuariales, del incremento del coste de los servicios sanitarios, de la evolución de la siniestralidad general y de las prestaciones garantizadas.

El tomador del seguro otorga su conformidad a las variaciones que por los mencionados motivos procedan.

El pago del primer recibo correspondiente a la prima anual de las prórrogas de la póliza, presupone la aceptación del conjunto de las nuevas condiciones.

## **11. Deberes del asegurado**

Al margen de aquellas otras obligaciones que legalmente le corresponden, el tomador y/o el asegurado comunicarán a la Mutua todas las circunstancias que agraven el riesgo y que podrían condicionar, o incluso imposibilitar, la suscripción de la póliza por parte de la aseguradora.

El asegurado facilitará a la Mutua, si es necesario periódicamente, toda la información y los documentos que aquélla le requiera sobre las circunstancias y las consecuencias del siniestro, y tanto aquél como sus familiares posibilitarán que la Mutua lleve a cabo directamente cualquier comprobación sobre el siniestro que considere necesaria.

El asegurado perderá el derecho a la prestación si incumple las anteriores obligaciones con engaño o culpa.

## **12. Período de cobertura**

La cobertura se inicia a partir de la fecha establecida en las condiciones particulares y por un período que concluye el 31 de diciembre del año en curso.

**La cobertura se renovará automáticamente cada año por un período de un año natural, salvo que la Mutua comunique por escrito, antes de dos meses a la fecha de vencimiento, y el tomador o la persona protegida, antes de un mes de la mencionada fecha, su voluntad de no renovarla.**

## **13. Subrogación**

Una vez satisfecha la prestación a la persona protegida, la Mutua puede ejercer contra los responsables del siniestro que haya requerido la asistencia prestada los derechos y las acciones legales que correspondiesen a aquella persona. Mediante esta subrogación la Mutua podrá reclamar a los responsables del siniestro el importe de los gastos de la asistencia sanitaria prestada a la persona protegida.

También procederá la subrogación de la Mutua en los derechos que tuviese la persona protegida cuando aquella hubiese asumido obligaciones que también hubiesen de ser prestadas por otras personas o entidades.

La subrogación en ningún caso podrá comportar un perjuicio al tomador o a la persona protegida, quienes se obligan a facilitar el ejercicio eficaz de la subrogación por parte de la Mutua.

#### **14. Comunicaciones**

Las comunicaciones entre la Mutua y el tomador y las personas protegidas deben dirigirse a sus respectivos domicilios. Estos domicilios son los que constan en la póliza, salvo que se hubiese comunicado formalmente un cambio posterior.

Las conversaciones telefónicas mantenidas entre la Mutua y el asegurado o el beneficiario, derivadas de suscripciones de pólizas de seguro con la Mutua, podrán ser registradas por ésta última y utilizadas en los procesos de control de calidad o como medio de prueba en procedimientos judiciales o arbitrales, preservando siempre la debida confidencialidad.

## ANEXO I

### Franquicias

	Importe
<b>Urgencias Hospitalarias</b>	
Atención de urgencia hospitalaria (puerta):	
De 1 a 3	8,0 €
Más de 3	12,0 €
<b>Medicina General, Pediatría, Especialidades y Urgencias Ambulatorias</b>	
Visitas a domicilio y urgencias en consultorio y ambulatorias	
De 1 a 3	4,0 €
Más de 3	6,0 €
Visitas en consultorio medicina general y pediatría	
Visita	2,5 €
Visitas en consultorio resto de especialidades	
Visita	3,5 €
<b>Enfermería</b>	
Visita/Acto	
Por acto	1,5 €
<b>Exploraciones, Tratamientos y Otros</b>	
De alta complejidad/coste	
Por acto	6,0 €
Sesión de rehabilitación	
Por sesión	2,0 €
Resto de actos	
De 1 a 9	2,0 €
Más de 9	6,0 €

## **ANEXO II**

### **Límites a la asistencia practicada por servicios autorizados**

**Para las asistencias relacionadas a continuación se establece el número máximo de sesiones o tratamientos que se indican seguidamente:**

- **Degeneración macular ocular: 6 por ojo y año.**
- **Ozonoterapia: 12 sesiones el primer año, correspondiente a la fase aguda del tratamiento, por persona protegida y patología y 4 anuales, de seguimiento, durante los años sucesivos, por persona protegida y patología.**

### **Importes máximos por asistencias no practicadas por servicios autorizados**

**Visitas de acupuntura: 40 euros (incluye los tratamientos efectuados en la visita).**



## Asistencia Sanitaria Cuadro Médico Ampliado

### Condiciones generales

#### 1. Cláusula preliminar

El contrato de seguro suscrito con Mutua General de Cataluña, Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija, en adelante la Mutua, se rige por lo expuesto en la Ley 50/1980, de 8 de Octubre, del Contrato de Seguro, la ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, por el Reglamento que lo desarrolla, Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, y por cualquier otra disposición que regule las obligaciones y los derechos de las partes y en concreto, por aquello convenido en las condiciones generales y particulares y, en su caso, en el documento complementario de condiciones específicas.

El control de la actividad de la Mutua corresponde a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía y Hacienda del estado español.

La Mutua dispone de un servicio de Atención al Mutualista, ubicado en la c/ Tuset, núms. 5-11, 08006 de Barcelona, para atender las quejas y/o reclamaciones relacionadas con la actuación de la propia entidad o de sus agentes de seguros, de acuerdo con el procedimiento previsto en la Orden ECO 734/2004, de 11 de marzo, de Protección al Consumidor.

En todas las oficinas de la mutualidad se encuentra disponible, para su consulta, el Reglamento regulador del Servicio de Atención al Mutualista.

Transcurrido el plazo de dos meses sin obtener respuesta por parte del Servicio de Atención al Mutualista o no siendo ésta de su conformidad, pueden dirigirse al Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, con domicilio en el Paseo de la Castellana, número 44, 28046 de Madrid.

En todo caso, el cliente puede acudir a los Tribunales de justicia competentes o bien someterse a la decisión de un órgano arbitral aceptado por ambas partes.

Si el contenido de la póliza difiere de la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas, el tomador del seguro podrá reclamar a la Mutua 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 la póliza.

#### 2. Definiciones

A los efectos de esta póliza de seguro, se entiende por:

- **Accidente:** hecho producido durante la vigencia del seguro por una causa externa, súbita, violenta y ajena a la voluntad de la persona protegida y que produce una lesión.
- **Acto médico:** Visita médica, prueba de diagnóstico, acto terapéutico, traslado en ambulancia, sesión de rehabilitación, intervención quirúrgica, acto anestésico y

cualquier otro acto asimilable. En caso de Hospitalización, y a efectos de la aplicación de la franquicia por acto, en su caso, se computará como acto médico cada día de estancia.

- **Actuación preventiva:** acción o asistencia dirigida a evitar lesiones o enfermedades antes de que éstas se produzcan efectivamente, o encaminada a prevenir posibles complicaciones de enfermedades o lesiones ya existentes pero que no se encuentran en fase aguda.
- **Asistencia:** servicio necesario prestado por un profesional sanitario legalmente habilitado.
- **Causa no patológica:** aquella que no deriva de una enfermedad ni de una lesión.
- **Declaración de Salud:** formulario suministrado por la Mutua y cumplimentado y firmado por una persona física, que contiene una declaración sobre el estado de salud de ésta o bien sobre el estado de salud de una persona que está bajo su tutela.
- **Enfermedad:** alteración del estado de salud diagnosticada por un médico, producida durante la vigencia del seguro y no derivada de accidente, que hace necesaria una asistencia médica.
- **Franquicia:** parte del importe del gasto generado por el siniestro que, en aquellos casos específicamente establecidos, va a cargo de la persona protegida.
- **Hospital, clínica o centro hospitalario:** centro, público o privado, legalmente autorizado para el tratamiento de enfermedades o lesiones que cumple las condiciones siguientes:
  1. Estar provisto de los medios necesarios para realizar diagnósticos y para practicar tratamientos médicos y/o intervenciones quirúrgicas.
  2. Admitir únicamente el ingreso de personas enfermas o lesionadas.
  3. Disponer de médicos y personal sanitario durante las 24 horas del día.
  4. Practicar los tratamientos médicos y las intervenciones quirúrgicas necesarias exclusivamente mediante profesionales cualificados.En ningún caso se consideran hospitales los balnearios, las casas de reposo, los asilos, los centros dedicados al tratamiento de enfermedades crónicas ni los establecimientos o las instituciones similares a los citados.
- **Lesión:** cambio patológico en un tejido o en un órgano sano que altera la integridad física o el equilibrio funcional y que comporta un daño anatómico o fisiológico.
- **Médico:** doctor o licenciado en medicina legalmente capacitado y autorizado para tratar médica o quirúrgicamente una enfermedad o lesión.
- **Mutua:** la Mutua General de Cataluña, Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija.
- **Periodo de carencia:** intervalo de tiempo durante el cual, a pesar de que el seguro permanece vigente, no se tiene derecho a recibir una prestación determinada. Cuando se establezca un período de carencia, no se tendrá derecho a la prestación hasta que éste no haya transcurrido totalmente. El pago del importe equivalente a las primas del período de carencia no generará el derecho a la prestación
- **Persona protegida:** persona física expuesta al riesgo asegurado.
- **Póliza:** documento o documentos que contienen las cláusulas y los pactos reguladores del contrato de seguro. Forman parte integrante e inseparable de la póliza estas condiciones generales y, siempre que existan, las condiciones particulares o específicas, así como los apéndices que recojan, en su caso, las modificaciones acordadas durante la vigencia del contrato. La solicitud de seguro y la declaración de salud también forman parte de la póliza.
- **Prestación:** obligación o conjunto de obligaciones que asume la Mutua para con el tomador, la persona protegida o el beneficiario.
- **Prima:** precio de la cobertura, el importe del cual, junto con los impuestos, tasas o recargos que correspondan, ha de ser satisfecho por el tomador o por el asegurado según las condiciones establecidas en la póliza.

- **Proceso:** serie de asistencias encaminadas a curar o mejorar una misma lesión o enfermedad. En ningún caso se considera proceso el conjunto de asistencias o actuaciones sanitarias realizadas para tratar situaciones crónicas.
- **Relación de protección:** relación entre la Mutua y el tomador, la persona protegida y el beneficiario, que procura una protección consistente en la prestación de que se trate en cada caso.
- **Servicios autorizados:** médicos, otros profesionales sanitarios, hospitales y centros sanitarios que figuran en el Cuadro Facultativo y de Servicios Asistenciales Autorizados de la Mutua –con todos los cuales ésta tiene formalizado un contrato o convenio de colaboración- o que figuran en un Cuadro Médico gestionado por un tercero en nombre de la Mutua.

La persona protegida puede escoger libremente, entre los servicios autorizados, al médico, profesional sanitario, hospital o centro sanitario que le prestará la asistencia sanitaria requerida. **Sobre los servicios autorizados recae exclusivamente la responsabilidad de prestar correctamente la asistencia sanitaria de que se trate en cada caso, respecto a la cual la Mutua actúa como gestora para su realización y pago, en los términos establecidos en estas condiciones generales.**

- **Tomador:** persona que suscribe el seguro.
- **Unidad familiar:** cualquier colectivo de los siguientes: 1.- Unidad familiar del tipo A: Grupo formado por el matrimonio o pareja de hecho y los hijos menores de 18 años que convivan con ellos; 2.- Unidad familiar del tipo B: El padre o la madre, que no tengan cónyuge ni pareja de hecho, y los hijos menores de 18 años que convivan con él/ella. Ambos casos (Tipo A y tipo B) incluyen los hijos comunes y los de uno o del otro; 3.- Unidad familiar del tipo C: Grupo de personas aseguradas mediante la póliza contratada por una persona física tomadora del seguro que no constituyen Unidad familiar del tipo A ni del tipo B.
- **Urgencia:** situación grave que requiere una asistencia inmediata porque el retraso podría ocasionar un daño irreparable en la integridad física de la persona protegida.
- **Urgencia hospitalaria:** urgencia que requiere una asistencia hospitalaria inmediata. No tienen esta consideración, por lo tanto, las situaciones siguientes:
  1. Aquéllas que, a pesar de ser graves, no precisen una atención hospitalaria inmediata y puedan ser tratadas correctamente por consulta externa.
  2. Las asistencias y los servicios sanitarios practicados por los servicios ordinarios del hospital después de haber sido atendida la urgencia por parte de los servicios específicos de urgencias del centro.

### 3. Objeto

Mediante este seguro la Mutua cubre los gastos razonables y usuales derivados de la asistencia sanitaria practicada a la persona protegida, en los términos establecidos en la póliza.

La obligación aseguradora de la Mutua consiste en poner a los profesionales y centros sanitarios del Cuadro Facultativo y de Servicios Asistenciales Autorizados al alcance y libre elección del mutualista, y en hacer frente al coste asegurado dentro de los parámetros contractuales, **no siendo responsable de los actos asistenciales negligentes, culposos o dolosos cometidos frente al mutualista por los mencionados profesionales y/o centros sanitarios.**

**La libertad de elección de médico y centro comporta la ausencia de responsabilidad directa, solidaria o subsidiaria de la Mutua por los actos de aquéllos.**

#### **4. Nacimiento de la relación de protección**

Para que pueda originarse la relación de protección objeto de este seguro es necesario formalizar la suscripción correspondiente y que se cumplan las condiciones siguientes:

1. Tener la persona protegida menos de 55 años de edad.
2. Realizar y mantener la inscripción completa de la unidad familiar de tipo A, B o C definidas en el artículo 2. En todo caso, para que los menores de edad pueda ser asegurados deberán estar aseguradas las personas a quién corresponda su patria potestad o tutela.
3. Formalizar una Declaración de Salud, mediante los impresos establecidos u otros medios telemáticos, telefónicos o propios de nuevas tecnologías habilitados al efecto y, cuando la Mutua lo hubiese requerido previamente, pasar una revisión médica.

Según las circunstancias que concurren en cada caso, podrán ser admitidos colectivos familiares en los cuales una persona supere los 55 años de edad y sea menor de 64 años, siempre que la media del colectivo familiar del cual aquella forme parte no supere los 54 años y exista entre todos sus miembros un parentesco de primer grado, ya sea por consanguinidad o por afinidad.

La baja en el seguro de uno de los miembros de cualquier tipo de unidad familiar comportará la baja de todos aquellos que integren la unidad familiar correspondiente.

Los asegurados como integrantes de una unidad familiar de tipo A o B causarán baja del seguro cuando dejen de convivir de forma habitual en el domicilio familiar, al vencimiento del período de cobertura en curso. Aquellas personas podrán mantener los derechos adquiridos si, en el plazo de un mes a contar desde la mencionada comunicación, suscriben una nueva póliza con las mismas coberturas que entonces tenían.

#### **5. Descripción de la cobertura**

Las prestaciones cubiertas por esta póliza son las siguientes:

**5.1. Asistencia hospitalaria.**- En concepto de asistencia hospitalaria, la Mutua asume el coste de la asistencia médica o quirúrgica en un hospital prescrita por un médico. Esta asistencia incluye en todo caso los gastos siguientes:

- 5.1.1. Gastos de hospitalización, incluida la manutención del paciente y la habitación con cama de acompañante siempre y cuando sea posible.
- 5.1.2. Gastos por estancia en unidades de vigilancia o cuidados intensivos.
- 5.1.3. Gastos de intervención quirúrgica.
- 5.1.4. Gastos con motivo de parto.
- 5.1.5. Honorarios de cirujanos, médicos y colaboradores de éstos en las intervenciones que se lleven a cabo.
- 5.1.6. Tratamientos necesarios.
- 5.1.7. Exploraciones complementarias para efectuar el diagnóstico.
- 5.1.8. Gastos por material sanitario.
- 5.1.9. Gastos por medicación.

**La cobertura de hospitalización psiquiátrica, sea en régimen de internamiento o de hospital de día, no podrá superar los 90 días naturales al año, tanto si éstos son seguidos como si son consecuencia de diversas hospitalizaciones durante el año.**

Los gastos con motivo de parto incluyen los correspondientes a la sala de parto, la habitación con cama para acompañante, la manutención de la madre y del bebé, los cuidados y el material necesario para efectuarlos, los honorarios del tocólogo, el anestesista, la comadrona y el pediatra, así como los medicamentos necesarios.

Por otra parte, también previa autorización de la Mutua y respetando los criterios de cobertura que ésta establezca, la persona protegida podrá hacer uso de su derecho de internamiento en clínica, hospital o centro autorizado para ser tratada por un facultativo ajeno a los servicios autorizados.

**5.2. Asistencia extrahospitalaria.-** En concepto de asistencia extrahospitalaria, la Mutua asume en los términos establecidos en la póliza los gastos siguientes:

- 5.2.1. Asistencia médica en consultorio y asistencia médica de urgencia en el propio domicilio por parte del médico de cabecera o del pediatra.
- 5.2.2. Pruebas diagnósticas, actos terapéuticos y cirugía de día (aquella que no requiere hospitalización) o ambulatoria (aquella que tiene como objeto intervenciones menores) practicada a la persona protegida por prescripción médica.
- 5.2.3. Gastos por asistencia odontológica en consultorio, extracciones y cuidados estomatológicos e higienes dentales.
- 5.2.4. Gastos por visitas de psicología.
- 5.2.5. Gastos por servicio de podología (sesiones de quiropodia anuales).
- 5.2.6. Cursos de preparación al parto.
- 5.2.7. Revisión médica oficial para la expedición o renovación de los permisos de conducción de vehículos a motor A1, A y B.
- 5.2.8. Tratamiento de las degeneraciones maculares oculares y de la medicación utilizada al efecto: Verteporfin, Avastin, Lucentis, Macugen, Eylea (afibercept), de acuerdo con el límite de sesiones establecido en el anexo II.
- 5.2.9. Los gastos correspondientes a los siguientes productos farmacéuticos, en las condiciones que se expresan:
  - a) Aquellos que sean específicamente citostáticos, así como también los productos antieméticos y los protectores gástricos o similares, que sean utilizados en quimioterapia antineoplásica.
  - b) Los siguientes anticuerpos monoclonales (descritos por el nombre del compuesto) que sean utilizados en los tratamientos oncológicos y administrados de forma endovenosa, reservándose la Mutua el derecho a establecer un gasto máximo cubierto por cada administración de un anticuerpo monoclonal igual al precio del compuesto genérico aplicado más económico existente en cada momento: Rituximab, Trastuzumab, Cetuximab, Bevacizumab, Panitumumab y Bortezomib.

**Los productos farmacéuticos referidos en los dos anteriores apartados quedan cubiertos siempre y cuando sean prescritos, expedidos y administrados directamente en un centro hospitalario específicamente autorizado por la Mutua para el tratamiento antineoplásico, se expidan en el mercado farmacéutico y se encuentren debidamente autorizados por las autoridades sanitarias competentes del Estado Español, en las indicaciones que figuran en la ficha técnica del producto.**

**5.3. Traslado en vehículo sanitario.-** La Mutua asume el coste del traslado de la persona protegida, en vehículo sanitario y siempre que sea necesario por prescripción

médica, para ser ingresada en un hospital; asimismo asume el coste del traslado en vehículo sanitario de la persona protegida hasta su domicilio, siempre que sea necesario por prescripción médica, una vez dada de alta del hospital donde hubiese sido ingresada.

El traslado se efectuará siempre con el medio más conveniente en función del estado de salud de la persona protegida.

**5.4. Rehabilitación.-** Por este concepto la Mutua asume el coste de la rehabilitación ambulatoria (no hospitalaria) de la persona protegida, prescrita por un médico especialista rehabilitador y practicada en un centro idóneo por fisioterapeutas titulados, dirigida a restituir las disfunciones producidas por enfermedad o accidente, a excepción de las que comporten la utilización de ondas de choque en el aparato locomotor.

**5.5. Visita ambulatoria preventiva en centros concertados.-** Por este concepto la Mutua asume el coste de una visita ambulatoria al año efectuada a las personas protegidas mayores de 14 años con carácter preventivo y por prescripción de un médico, siempre y cuando existan razones probadas que hagan aconsejable esta visita.

**5.6. Reproducción asistida.-** Por este concepto la Mutua asume el coste de los gastos de inseminación artificial y de fecundación in vitro de la persona protegida a causa de la infertilidad de la pareja, de acuerdo con la legislación vigente y las condiciones siguientes:

**5.6.1. Requisitos para tener derecho a esta cobertura:**

- No tener la pareja descendencia común.
- No haber sido ninguno de los dos miembros de la pareja sometido a intervención de cirugía anticonceptiva, vasectomía o ligadura de trompas ni a cualquier otro método de anticoncepción permanente.
- Tener la mujer una edad inferior a 40 años.
- Aportar a la Mutua los estudios de esterilidad correspondiente y la documentación clínica adicional que aquélla requiera.
- Haber transcurrido el periodo de carencia establecido.
- Estar inscritos en este seguro los dos miembros de la pareja.

**5.6.2. Alcance de la cobertura:**

- Se tiene derecho a dos intentos consecutivos de inseminación artificial y a dos intentos de implantación de embriones, así mismo consecutivos, ya sea FIV (fecundación in vitro) o ICSI (inyección de esperma intracitoplasmática) por pareja y vigencia de la cobertura.
- Se cubre también el coste de la congelación y el mantenimiento de embriones que sean necesarios hasta completar, si procede, el segundo intento de fecundación.
- El tratamiento deberá ser previamente autorizado por la Mutua y se efectuará en los centros médicos u hospitales y por los facultativos designados y autorizados por la Mutua, que no necesariamente se encontrarán en la provincia donde la persona protegida tenga su domicilio.

Asimismo se asume el coste de los estudios y exploraciones complementarias dirigidas a determinar posibles causas de infertilidad o esterilidad.

**5.7. Servicios complementarios de diagnóstico prescritos por servicios ajenos.-** La prestación de servicios complementarios de diagnóstico, prescrita por facultativos ajenos a los servicios autorizados por la Mutua, sólo se puede llevar a cabo con autorización previa de ésta.

Las asistencias relacionadas seguidamente tienen como cobertura máxima el número de sesiones o tratamientos que se mencionan:

- Visitas de psicología clínica: 7 por persona protegida y año.
- Sesiones de rehabilitación funcional: 90 por persona protegida y año.
- Sesiones de logopedia: 90 por persona protegida y año, únicamente por indicación del médico especialista correspondiente, cuando la causa sea una patología orgánica, así como las realizadas inmediatamente después de una intervención quirúrgica (post intervención quirúrgica).
- Sesiones de quiropedia: 12 por persona protegida y año. Sin embargo, la Mutua podrá autorizar más sesiones si son prescritas por el médico responsable del paciente. En los casos de pie diabético prescritos médicamente, el número de sesiones cubiertas será ilimitado.
- Higienes dentales: 2 por persona protegida y año.

## 6. Forma de prestación de la cobertura

### 6.1. Asistencia practicada por servicios autorizados

Las prestaciones cubiertas serán practicadas por los servicios autorizados. Para tener derecho a la cobertura se deberán cumplir todas las condiciones establecidas en la póliza y específicamente las siguientes:

- Ser persona protegida.
- Haber sido la prestación prescrita y efectuada por un servicio autorizado por la Mutua, salvo las excepciones previstas en la póliza.
- Haber transcurrido los períodos de carencia si éstos existiesen.
- Estar al corriente de pago de la prima.
- Abonar la franquicia correspondiente en los casos en que ésta se encuentra establecida.
- Posibilitar que la Mutua efectúe las comprobaciones que considere necesarias sobre el estado de salud de la persona protegida, y facilitar la información que aquélla requiera en relación con las circunstancias y consecuencias de la enfermedad o accidente, así como del tratamiento médico correspondiente.

La persona protegida puede elegir a los profesionales y centros del Cuadro Facultativo y de Servicios Asistenciales Autorizados, y acceder libremente a sus servicios, para todas las prestaciones que no requieran autorización.

Cuando sea preceptiva la autorización de la Mutua para poder acceder a una prestación, la asistencia precisada se deberá comunicar en los términos siguientes:

- a) Con la máxima antelación posible, en el caso de que deban practicarse a la persona protegida un ingreso hospitalario, una intervención quirúrgica, o cualquier prueba o tratamiento autorizable. En todos estos casos, se deberá presentar una certificación del médico que atienda a la persona protegida afectada en la que conste el número de asegurado, su nombre y apellidos, la fecha y hora de admisión hospitalaria prevista, el diagnóstico provisional, el tratamiento o la prueba indicada, así como la estancia hospitalaria prevista si ésta procede.
- b) En caso de hospitalización urgente, intervención quirúrgica urgente o servicio de urgencia, en el plazo máximo de 24 horas contadas desde el momento en que se haya efectuado el ingreso. En este caso, la persona protegida presentará una certificación del médico que la atienda en la que conste el número de asegurado, su nombre y apellidos, la fecha y hora de admisión hospitalaria y el diagnóstico provisional.
- c) En el plazo máximo de 7 días a contar desde aquel día que haya finalizado la permanencia en el hospital, se deberá presentar una certificación indicando la

evolución del proceso y el diagnóstico definitivo, firmada por el médico que haya atendido a la persona protegida y por la administración del centro hospitalario, acreditando la fecha de alta y los servicios efectuados.

A criterio y por decisión de la Mutua, la documentación citada podrá ser sustituida por una certificación global del centro hospitalario que contenga la misma información.

Cuando la asistencia se practique en servicios autorizados, la Mutua abonará directamente a quien la hubiese prestado el importe de aquélla. En este caso, la persona protegida solamente deberá abonar el importe de la franquicia en los casos en que la misma esté establecida. El importe de las franquicias abonadas por prestaciones de acupuntura será reembolsado por la Mutua a la persona protegida siempre que aquellas prestaciones tengan por objeto el tratamiento de lumbalgias crónicas de más de dos años de evolución.

En caso de que la persona protegida, en el momento de precisar una asistencia sanitaria, se encuentre en un lugar del Estado español que no conste en el Cuadro Médico de la zona geográfica que le corresponda, lo comunicará previamente a la Mutua, siempre que ello sea posible, y ésta le indicará los centros médicos o los facultativos que la puedan atender.

La asunción por la Mutua del importe de la asistencia requiere que la persona protegida presente en los servicios autorizados los documentos siguientes:

1. Documento Nacional de Identidad o, en su caso, tarjeta de residencia.
2. Identificación y acreditación de la condición de persona protegida.
3. Acreditación, mediante el recibo correspondiente, de haber pagado el último recibo de la prima a la Mutua.
4. Autorización previa y expresa de la Mutua siempre y cuando se trate de intervenciones quirúrgicas, hospitalizaciones, métodos terapéuticos y pruebas diagnósticas. Se exceptúan de esta autorización las pruebas y los tratamientos siguientes:
  - Aerosolterapia
  - Análisis clínicos (excepto citogenética, biología molecular, genética y genética molecular)
  - Audiometría
  - Broncoespirometría
  - Campimetría ocular
  - Citologías
  - Claudicometría simple
  - Colposcopias
  - Desbridamiento de abscesos sin anestesia general
  - Doppler
  - Ecografías
  - Electrocardiograma
  - Estudios anatomopatológicos de biopsias y piezas quirúrgicas
  - Extracción de biopsia en consulta
  - Extracciones de piezas dentarias
  - Fibroendoscopias nasal, rinofaríngea y laríngea, y salpingoscopia
  - Impedanciometría
  - Infiltraciones articulares y artrocentesis
  - Pletismografía
  - Pruebas alérgicas (excepto de alto riesgo)
  - Radiología digestiva con contraste baritado
  - Radiología general sin contraste
  - Radiología urológica con contraste yodado (excepto urodinámica)

- Rectoscopia
- Tratamiento ortopédico con escayola

Cuando sea preceptiva autorización de la Mutua –excepto en caso de hospitalización urgente, intervención quirúrgica urgente o servicio de urgencia- ésta dispondrá de un período mínimo de dos días laborables para expedir la correspondiente autorización.

## 6.2. Asistencia practicada por servicios no autorizados

### 6.2.1. Excepcionalmente, la Mutua cubre, en los términos seguidamente establecidos, las siguientes asistencias practicadas por servicios no autorizados:

- a) Asistencias de urgencia que haya sido imposible practicar, por razones justificadas, por los servicios autorizados, hasta una cobertura económica máxima de 12.000 euros, calculados según la factura satisfecha y aportada por la persona protegida.
- b) Intervenciones u hospitalizaciones que no puedan ser practicadas por ninguno de los servicios autorizados de la Mutua, tanto si se debe realizar en España como en el extranjero, siempre que consistan en una técnica homologada y consensuada por la comunidad científica y que no tenga carácter experimental. Esta cobertura tiene como límite la cantidad de 42.000 euros por proceso.
- c) Las visitas de acupuntura están cubiertas, con una cobertura económica máxima establecida en el anexo II, siempre que tengan por objeto el tratamiento de lumbálgias crónicas de más de dos años de evolución, y quedarán excluidas de cobertura en los otros casos.

En los anteriores casos, la persona protegida notificará a la Mutua la asistencia sanitaria requerida, siempre con carácter previo a la realización de aquélla en el anterior caso b), y en el plazo más breve posible en el anterior caso a). La cobertura descrita en el mencionado caso b) (asistencia que no pueda ser practicada por ninguno de los servicios autorizados) precisará siempre la autorización previa de la Mutua.

6.2.2. Siempre que proceda la cobertura, la Mutua podrá optar entre hacerse cargo del abono de la asistencia sanitaria al centro que la hubiese practicado o bien rembolsar la cantidad correspondiente a la persona protegida.

6.2.3. Para proceder al reembolso se deberán cumplir las condiciones siguientes, que podrán ser realizadas por la propia persona protegida o bien por otra persona en su nombre:

- Presentación de un informe médico en el que conste la información siguiente:
  - a) Persona a quien se haya realizado la asistencia.
  - b) Naturaleza, fecha e importe de los actos médicos realizados.
  - c) Persona o personas, físicas o jurídicas, que hayan prestado la asistencia, con indicación del nombre, domicilio, número de colegiado y número de identificación fiscal.

- En caso de intervención quirúrgica, hospitalización, y realización de pruebas diagnósticas y/o métodos terapéuticos, remisión a la Mutua de un informe médico en el que consten los datos siguientes:
  - a) Persona protegida.
  - b) Diagnóstico y naturaleza de la enfermedad.
  - c) Tipo de tratamiento efectuado y probable duración.
  - d) Centro asistencial de ingreso.
  - e) Fecha y hora del ingreso.
- Para las prestaciones de acupuntura cubiertas será suficiente la presentación de un informe médico que contenga el diagnóstico y justifique el tratamiento requerido.
- En los casos de hospitalización, comunicación del periodo de internamiento una vez finalizado.
- Presentar las facturas originales de los gastos generados.
- Informe de alta médica, en el cual se hará constar la continuidad asistencial oportuna cuando ésta fuese necesaria, salvo para las prestaciones de acupuntura.
- Rellenar debidamente el impreso de solicitud de reembolso.

6.2.4. Toda la documentación será aportada mediante documentos originales redactados de forma fácilmente legible en lengua catalana o castellana. Siempre que los documentos fuesen redactados en otras lenguas, la persona protegida deberá hacerlos traducir a su cargo.

6.2.5. El incumplimiento de las condiciones expuestas en los párrafos anteriores liberará a la Mutua de la obligación de reembolsar los gastos de asistencia, salvo que aquél fuese debido a circunstancias de fuerza mayor.

6.2.6. Una vez recibida toda la documentación preceptiva y realizada, si proceden, las comprobaciones oportunas, la Mutua reembolsará el importe de los gastos de la asistencia o, si éste no fuese aceptado, consignará la cantidad garantizada, en un plazo máximo de diez días laborables.

6.2.7. El importe de los gastos de asistencias practicadas en el extranjero y abonadas en monedas diferentes al euro se calculará según el cambio oficial del euro en el momento en que la persona protegida efectuó el pago.

## 7. Periodos de carencia

Las prestaciones que la Mutua asume en virtud de la póliza se facilitarán desde la fecha en vigor del contrato para cada uno de los asegurados, **excepto las relacionadas a continuación, las cuales tienen los periodos de carencia que seguidamente se establecen:**

- a) **Parto: 10 meses. No obstante, siempre que en la fecha prevista para el parto haya finalizado el periodo de carencia pero aquél se produzca prematuramente, se tendrán los mismos derechos como si hubiese transcurrido totalmente el periodo de carencia. Se tendrá derecho a las prestaciones autorizables relacionadas con la gestación siempre que el parto esté cubierto de acuerdo con los requisitos expuestos.**
- b) **Recién nacidos: las prestaciones para asistencia a los recién nacidos hijos de mutualistas o personas protegidas que en el momento del parto hayan finalizado el periodo de carencia correspondiente, tendrán derecho a la cobertura de este seguro sin periodo de carencia, siempre**

que se inscriban como personas protegidas en el plazo de 15 días hábiles contados a partir de su nacimiento.

- c) Visita ambulatoria preventiva en centros concertados: 10 meses.
- d) Vasectomía y esterilización tubárica: 12 meses.
- e) Reproducción asistida: 6 años para cada miembro de la pareja.

No se podrá acceder en ningún caso a las prestaciones de asistencia hospitalaria ni a las prestaciones que requieran autorización de la Mutua si la persona protegida no ha superado íntegramente el periodo de carencia establecido, ya sea en este seguro o bien en otro seguro de la Mutua de cobertura análoga.

En caso de gestación o parto, tampoco se podrá acceder a las prestaciones de asistencia hospitalaria ni a las prestaciones autorizables, si en el momento de la fecha prevista para el parto no hubiera finalizado el periodo de carencia específico para el parto.

## **8. Franquicias**

Se establecen las franquicias relacionadas en el anexo I.

El importe de las franquicias establecidas en estas condiciones generales podrá ser incrementado por la Mutua para los actos médicos que deban ser practicados en aquellos servicios autorizados que registren una notable desviación del coste de dichos actos médicos en el que se basen económicamente los cálculos actuariales del seguro. El importe de las franquicias será, en tales casos, el que técnicamente corresponda para ajustar la base de los referidos cálculos actuariales, sin que pueda superar el triple del importe general de la franquicia establecido para cada anualidad, y será comunicado a los tomadores tanto su importe concreto como el momento en el que tome efectos su eventual aplicación.

## **9. Riesgos excluidos**

Quedan expresamente excluidos y no causan derecho a ninguna prestación los gastos siguientes:

- 9.1. Generados por enfermedades, defectos, lesiones o malformaciones en los que concurra alguna de las circunstancias relacionadas a continuación:
  - 9.1.1. Previos a la contratación del seguro o derivados de la valoración técnica de la declaración de salud. Sin embargo, esta exclusión no se aplicará a los hijos de los asegurados que tengan presentada la solicitud de contratación del seguro antes de la octava semana de gestación.
  - 9.1.2. Derivados de autolesiones o de intentos de suicidio.
  - 9.1.3. Derivados de causas no patológicas o de tratamientos producidos por dichas causas.
  - 9.1.4. Complicaciones del embarazo cuando la persona protegida se encuentre en periodo de carencia.
  - 9.1.5. Derivados de drogadicciones, de intoxicaciones por drogas, incluida la embriaguez, o del consumo de medicamentos efectuado sin prescripción médica o sin observar la forma prescrita.

- 9.1.6. Derivados de enfermedades profesionales, de accidentes de trabajo cubiertos por el seguro laboral, de accidentes de vehículos a motor cubiertos por el seguro de suscripción obligatoria, de accidentes de caza o de otras situaciones cubiertas por seguro obligatorio o por un tercer responsable.
- 9.1.7. Producidas como consecuencia de la práctica profesional o competitiva de cualquier deporte o actividad deportiva, de la realización federada de cualquier tipo de deporte, de la práctica de deportes de aventura y de la práctica como aficionado de deportes o actividades de riesgo o que comporten una especial peligrosidad (entre aquellos y aquellas se incluyen, a título meramente enunciativo y no limitativo, los deportes de montaña, la escalada, los de combate, el rugby, los toros, los deportes hípicos, la caza, la práctica de deportes aéreos, y en general los deportes similares a los anteriores, o de nueva creación, los cuales puedan considerarse de riesgo).
- 9.1.8. Ocasionados por conductas o actos realizados con ánimo fraudulento.
- 9.1.9. Derivados de alteración del orden público, de peleas, de desafíos o de cualquier otra acción punible según la legislación penal vigente y atribuible a la persona protegida.
- 9.1.10. Producidos como consecuencia de situaciones excepcionales (como guerras, insurrecciones, rebeliones, revoluciones, alzamientos, actos de terrorismo, maniobras militares o catástrofes naturales y epidemias declaradas oficialmente) o derivados de radiación nuclear o de contaminación radioactiva.

En los casos de accidentes laborales, cuando la persona protegida trabajase por cuenta ajena sin estar asegurada por esta contingencia, y en los casos de enfermedades profesionales, de accidentes de circulación y de accidentes de caza, la Mutua podrá acordar hacerse cargo de la asistencia cuando concurren los requisitos siguientes:

- Solicitud por escrito por parte de la persona protegida.
- Asistencia sanitaria prestada en servicios autorizados por la Mutua.
- Cesión a la Mutua de todos los derechos de subrogación que tuviese la persona protegida.
- Suministro a la Mutua de todos los documentos y la colaboración que ésta considere necesarios.

## 9.2. Generados por los tratamientos siguientes:

- 9.2.1. Interrupción voluntaria del embarazo sin causa médica justificada, o sea fuera de los supuestos establecidos en la legislación vigente en la materia, y pruebas diagnósticas relacionadas con la misma.
- 9.2.2. Tratamiento del bruxismo –salvo la corrección de sus efectos en la articulación Temporomandibular (ATM) mediante intervención quirúrgica, la cual queda cubierta por el seguro-,
- 9.2.3. La diálisis y la hemodiálisis; sin embargo, quedan expresamente cubiertas la diálisis y la hemodiálisis en caso de urgencia o de insuficiencia renal aguda.
- 9.2.4. Tratamientos de logopedia y foniatría, siempre y cuando no sean necesarios como consecuencia de una patología orgánica. Se excluyen

- específicamente los tratamientos de reeducación y terapias educativas, así como los derivados de problemas dentofaciales o preortodóncicos.
- 9.2.5. En reproducción asistida, el coste de la congelación y el mantenimiento de embriones de las situaciones no específicamente cubiertas; asimismo, se excluyen los costes correspondientes a la preparación del donante y a la obtención y preparación del semen y/o óvulo de donante.
- 9.2.6. Hospitalizaciones derivadas de problemas o causas de cariz familiar o social.
- 9.2.7. Asistencia motivada por procesos seniles, degenerativos y otros en los que la permanencia en régimen de internado no sea considerada necesaria por facultativo autorizado.
- 9.2.8. Consultas y tratamientos de ortodoncia, actuaciones preprotésicas, ortodoncias, implantes, profilaxis, mantenimiento e intervenciones dentales no expresamente autorizados por la póliza.
- 9.2.9. Prótesis de cualquier tipo, ortesis, así como piezas anatómicas, ortopédicas o biológicas, material de osteosíntesis y osteotaxis, así como los costes de procesamiento y preservación de órganos y tejidos humanos. Están también excluidos los materiales e instrumentos necesarios para colocar prótesis, material de osteosíntesis y de osteotaxi.
- 9.2.10. Intervenciones para la colocación de prótesis peneana cuando no se haga por indicación vascular o neurológica.
- 9.2.11. Tratamientos esclerosantes de las dilataciones venosas de las extremidades inferiores cuando éstos no sean sustitutivos del tratamiento quirúrgico de las varices patológicas.
- 9.2.12. Internamientos de carácter médico o quirúrgico a causa de obesidad no mórbida.
- 9.2.13. Intervenciones con láser quirúrgico o cosmético salvo las siguientes:
- Corrección quirúrgica de defectos de refracción ocular mediante láser u otras técnicas quirúrgicas cuando el número de dioptrías derivadas de una misma enfermedad o patología ocular, sea igual o superior a cinco en un mismo ojo.
  - Láseres Yag, Argo, Diodo y de Hipertermia, utilizados en oftalmología.
  - Láser quirúrgico para el tratamiento de la hipertrofia benigna prostática.
- 9.2.14. Determinaciones del mapa genético, que tienen por finalidad conocer la predisposición a sufrir determinadas enfermedades relacionadas con alteraciones genéticas, y las que, aún siendo de carácter o con finalidad diagnóstica, no influyan o no aporten ningún elemento al tratamiento aplicable.
- 9.2.15. Actuaciones preventivas, específicamente las revisiones y exámenes médicos generales de carácter preventivo, no expresamente autorizadas por la póliza.
- 9.2.16. Consultas, servicios y tratamientos con finalidades puramente estéticas o cosméticas. Sin embargo, quedan incluidos los siguientes:
- Consultas a endocrinólogos o dietistas a causa de obesidad.
  - Tratamientos de cirugía dermatológica menor por lesiones patológicas mínimas de tipo benigno.

- 9.2.17. Servicios consistentes en tratamientos en balnearios o en meras actividades de ocio, confort, reposo o deporte.
- 9.2.18. Servicios consistentes en técnicas de diagnóstico o en tratamientos que no tengan contrastada científicamente una positiva aportación para la curación.
- 9.2.19. Tratamientos y técnicas no aprobados por las autoridades sanitarias y científicas competentes del Estado Español, o que sean experimentales o se encuentren en fase de estudio, o que no estén previstos de forma generalizada y pautada en el protocolo habitual de la disciplina o especialidad médica correspondiente.
- 9.2.20. Corrección quirúrgica de la presbicia (vista cansada).
- 9.2.21. Tratamientos que requieran de la utilización de la Cámara Hiperbárica.
- 9.2.22. Trasplantes de órganos, así como las visitas o consultas y pruebas para determinar la posibilidad de ser donante. No obstante, quedan cubiertos por el seguro, el trasplante de córnea y el autotrasplante de médula de hueso.
- 9.2.23. Terapias Biológicas utilizadas para tratamientos oncológicos, a excepción de las especialmente autorizadas por la póliza, para los seguros que tengan cubiertos determinados anticuerpos monoclonales.
- 9.3. Generados por los suministros y servicios siguientes:
- 9.3.1. Productos farmacéuticos no distribuidos ni administrados en régimen de hospitalización. Asimismo, los anticuerpos monoclonales expresamente autorizados por la póliza y administrados en régimen de hospitalización quedaran cubiertos por el seguro siempre que sean utilizados en tratamientos oncológicos.
- 9.3.2. Productos farmacéuticos distribuidos en régimen ambulatorio, salvo los expresamente autorizados por la póliza y en las condiciones generales establecidas en ésta.
- 9.3.3. Vacunas de toda clase, incluida la administración de las mismas.
- 9.3.4. Cama para el acompañante en unidades de vigilancia o cuidados intensivos, en servicios de atención a los recién nacidos (unidades de neonatología) y de psiquiatría.
- 9.3.5. Viajes y desplazamientos, salvo del traslado en vehículo sanitario de la persona protegida en los términos que prevea estas condiciones generales.
- 9.3.6. Técnica quirúrgica asistida por robótica (Da Vinci y similares o equiparables).
- 9.3.7. Utilización de los Neuronavegadores, a excepción de los utilizados para la cirugía de las patologías o lesiones que afecten al sistema nervioso central, las ablaciones y/o intervenciones cardíacas dónde sea imprescindible.
- 9.4. Derivados de asistencias en las que concurra alguna de las circunstancias siguientes:
- 9.4.1. Injustificadas médicamente o insuficientemente contrastadas científicamente.
- 9.4.2. Requeridas por la persona protegida con manifiesto abuso de derecho.

- 9.4.3. Tratamientos claramente superados por otros disponibles y cubiertos por la póliza.
- 9.4.4. Tratamientos que no tengan suficientemente probada una contribución eficaz, entre ellos la Mesoterapia, la Hidroterapia, la Quiropraxia, la Osteopatía, la Ozonoterapia, la Presoterapia y otros similares. Sin embargo, los tratamientos de Ozonoterapia quedarán cubiertos en los casos de Hernia Discal y Espondilitis Anquilopoyética, siempre que sean practicados por servicios autorizados, y con los límites que se especifican en el anexo II.
- 9.4.5. Aplicadas a situaciones crónicas, incurables, y terminales que no tengan, estas últimas, justificación médica.
- 9.4.6. Consultas, servicios y situaciones patológicas derivados de un tratamiento prescrito o efectuado por una persona no autorizada o derivados del incumplimiento de las prescripciones del médico autorizado responsable de la curación.
- 9.4.7. Prestadas por personas vinculadas familiarmente con la persona protegida por relación conyugal o de parentesco hasta el segundo grado, incluido, de consanguinidad o de afinidad.

## **10. La Prima**

### **10.1. Pago del seguro (primas)**

El tomador del seguro está obligado al pago de la prima anual desde el momento de la perfección del contrato. No obstante el carácter anual de la prima, podrá ser abonada mediante recibos mensuales, trimestrales o semestrales; en estos casos, se aplicará el recargo que corresponda.

El fraccionamiento del pago de la prima no exime al tomador de su obligación de abonar la totalidad de la prima anual. Así mismo, cuando, por causa no imputable a la Mutua, no sea efectuado el pago de la prima o de sus fracciones periódicas en el momento establecido, se deberán abonar los gastos que genere aquella falta de pago y el interés de demora.

Cuando sea de aplicación una variación de la prima por llegar la persona protegida a una edad determinada, aquella tendrá efectos a partir del día 1 del mes siguiente al que se produzca el mencionado cambio de edad, sea cual sea la periodicidad establecida para el cobro de la prima.

### **10.2. Efectos del impago de la prima**

Si, por culpa del tomador, la primera prima no fuese pagada o se produjese un impago de cualquiera de sus posibles fraccionamientos, la Mutua tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima debida en vía ejecutiva en base a la póliza.

En caso de falta de pago de la segunda o sucesivas primas, la cobertura de la Mutua queda suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si el asegurador no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima, se entenderá que el contrato queda extinguido. En cualquier caso, el asegurador, cuando el contrato esté en suspenso, solo podrá exigir el pago de la prima del período en curso.

En ambos casos, si el contrato no hubiese sido resuelto o extinguido de acuerdo con los párrafos anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las 24 horas del día en que el tomador pague la prima.

### **10.3. Actualización anual de las condiciones económicas de la póliza**

La Mutua, para el período de cobertura siguiente al de la contratación o prórroga de la póliza, puede actualizar el importe de la prima y de las franquicias, en función de los

correspondientes cálculos técnicos, financieros y actuariales, del incremento del coste de los servicios sanitarios, de la evolución de la siniestralidad general y de las prestaciones garantizadas.

El pago del primer recibo correspondiente a la prima anual de las prórrogas de la póliza, presupone la aceptación del conjunto de las nuevas condiciones.

#### **10.4. Descuentos en la prima de seguro**

Podrán ser aplicados los siguientes descuentos en el importe de la prima del seguro a partir del momento en que sean solicitados:

**10.4.1. Descuento familiar.**- Siempre que estén asegurados en esta misma póliza todos los miembros de la familia:

1. Un descuento del 4% para las familias integradas por padre y madre con un hijo menor de 27 años.
2. Un descuento del 8% para las familias integradas por padre o madre con dos hijos menores de 27 años.
3. Un descuento del 10% a las familias integradas por padre y madre con dos hijos menores de 27 años.
4. Un descuento del 12% a las familias integradas por padre o madre con tres hijos o más menores de 27 años.
5. Un descuento del 15% a las familias integradas por padre y madre con tres hijos o más menores de 27 años.

Los mencionados descuentos serán de un porcentaje inferior a los anteriormente señalados para cada situación concreta cuando se trate de personas aseguradas en aplicación de acuerdos para colectivos.

El porcentaje de descuento correspondiente en cada caso podrá ser incrementado por causas de reducida siniestralidad del conjunto de miembros de la familia asegurados.

La condición familiar se acreditará mediante el carné familiar o el libro de familia, y el descuento correspondiente se aplicará a todos los miembros de la familia hasta que el número de hijos menores de 27 años sea inferior a los establecidos en cada caso.

**10.4.2. Descuento generaciones.**- Este descuento se aplicará en función de los descendientes que suscriban la misma póliza y quedará recogido en el importe de la prima que conste en las condiciones particulares.

## **11. Exención temporal del pago de cuotas por muerte de progenitores o tutores**

Si se produce la muerte de uno o de ambos progenitores, o de todos los tutores nombrados judicialmente por defecto de aquéllos, la Mutua se hará cargo, durante doce meses, del importe de los recibos mensuales del seguro que correspondiesen a los hijos o tutelados menores de 18 años, siempre que unos y otros estuviesen previamente asegurados con esta misma póliza y, en su caso, el progenitor sobreviviente continúe de alta durante todo el período antes mencionado. En caso de inscripción inicial de los hijos y un sólo progenitor, la defunción de éste también comportará la gratuidad de los mencionados recibos mensuales de los hijos en los mismos términos descritos anteriormente.

La muerte que genere derecho a la exención de pago de los mencionados recibos mensuales deberá ser comunicada a la Mutua y acreditada, mediante la aportación del

correspondiente certificado de defunción, en el plazo máximo de tres meses desde que se hubiese producido.

La exención de pago de los mencionados recibos mensuales, durante el mencionado período máximo de doce meses, se aplicará a partir del día 1 del mes siguiente al que hubiese sido comunicada y acreditada, dentro del período establecido, la defunción o defunciones que la generen.

## **12. Deberes del asegurado**

Al margen de aquellas otras obligaciones que legalmente le corresponden, el tomador y/o el asegurado comunicarán a la Mutua todas las circunstancias que agraven el riesgo y que podrían condicionar, o incluso imposibilitar, la suscripción de la póliza por parte de la aseguradora.

El asegurado facilitará a la Mutua, si es necesario periódicamente, toda la información y los documentos que aquélla le requiera sobre las circunstancias y las consecuencias del siniestro, y tanto aquél como sus familiares posibilitarán que la Mutua lleve a cabo directamente cualquier comprobación sobre el siniestro que considere necesaria.

El asegurado perderá el derecho a la prestación si incumple las anteriores obligaciones con engaño o culpa.

## **13. Período de cobertura**

La cobertura se inicia a partir de la fecha establecida en las condiciones particulares y por un período que concluye el 31 de diciembre del año en curso.

**La cobertura se renovará automáticamente cada año por un período de un año natural, salvo que la Mutua comunique por escrito, antes de dos meses de la fecha de vencimiento, y el tomador o la persona protegida antes de un mes de la mencionada fecha, su voluntad de no renovarla.**

## **14. Subrogación**

Una vez satisfecha la prestación a la persona protegida, la Mutua puede ejercer contra los responsables del siniestro que haya requerido la asistencia prestada los derechos y las acciones legales que correspondiesen a aquella persona. Mediante esta subrogación la Mutua podrá reclamar a los responsables del siniestro el importe de los gastos de la asistencia sanitaria prestada a la persona protegida.

También procederá la subrogación de la Mutua en los derechos que tuviese la persona protegida cuando aquella hubiese asumido obligaciones que también hubiesen de ser prestadas por otras personas o entidades.

La subrogación en ningún caso podrá comportar un perjuicio al tomador o a la persona protegida, quienes se obligan a facilitar el ejercicio eficaz de la subrogación por parte de la Mutua.

## **15. Comunicaciones**

Las comunicaciones entre la Mutua y el tomador y las personas protegidas deben dirigirse a sus respectivos domicilios. Estos domicilios son los que constan en la póliza, salvo que se hubiese comunicado formalmente un cambio posterior.

Las conversaciones telefónicas mantenidas entre la Mutua y el asegurado o el beneficiario, derivadas de suscripciones de pólizas de seguro con la Mutua, podrán ser registradas por ésta última y utilizadas en los procesos de control de calidad o como medio de prueba en procedimientos judiciales o arbitrales, preservando siempre la debida confidencialidad.

## ANEXO I

### Franquicias

	Zona 1	Zona 2
<b>Urgencias Hospitalarias</b>		
Atención de urgencia hospitalaria (puerta):		
De 1 a 3	8,00 €	8,50 €
Más de 3	12,00 €	12,50 €
<b>Medicina General, Pediatría, Especialidades y Urgencias Ambulatorias</b>		
Visitas a domicilio y urgencias en consultorio y ambulatorias		
De 1 a 3	4,00 €	4,50 €
Más de 3	6,00 €	6,50 €
Visitas en consultorio medicina general y pediatría		
Visita	2,50 €	3,00 €
Visitas en consultorio resto de especialidades		
Visita	3,50 €	4,00 €
<b>Enfermería</b>		
Visita/Acto		
Por acto	1,50 €	2,00 €
<b>Exploraciones, Tratamientos y Otros</b>		
De alta complejidad/coste		
Por acto	6,00 €	6,50 €
Sesión de rehabilitación		
Por sesión	2,0 €	2,50 €
Resto de actos		
De 1 a 9	2,0 €	2,50 €
Más de 9	6,0 €	6,50 €

- Zona 1: Asegurados de la provincia de Barcelona y de las Islas Baleares.
- Zona 2: Asegurados de otras provincias.

## **ANEXO II**

### **Límites a la asistencia practicada por servicios autorizados**

**Para las asistencias relacionadas a continuación se establece el número máximo de sesiones o tratamientos que se indican seguidamente:**

- **Degeneración macular ocular: 6 por ojo y año.**
- **Ozonoterapia: 12 sesiones el primer año, correspondiente a la fase aguda del tratamiento, por persona protegida y patología y 4 anuales, de seguimiento, durante los años sucesivos, por persona protegida y patología.**

### **Importes máximos por asistencias no practicadas por servicios autorizados**

**Visitas de acupuntura: 40 euros (incluye los tratamientos efectuados en la visita).**



MÚTUA

General de Catalunya

Aprobación Consejo de Administración 15 de septiembre de 2015

## Asistencia en Viaje

### Condiciones generales

#### 1. Cláusula preliminar

El contrato de seguro suscrito con Mutua General de Cataluña, Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija, en adelante la Mutua, se rige por lo expuesto en la Ley 50/1980, de 8 de Octubre, del Contrato de Seguro, la ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, por el Reglamento que lo desarrolla, Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, y por cualquier otra disposición que regule las obligaciones y los derechos de las partes y en concreto, por aquello convenido en las condiciones generales y particulares y, en su caso, en el documento complementario de condiciones específicas.

El control de la actividad de la Mutua corresponde a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía y Hacienda del estado español.

La Mutua, dispone de un Servicio de Atención al Mutualista, ubicado en la c/ Tuset, núms. 5-11, 08006 de Barcelona, para atender las quejas y/o reclamaciones relacionadas con la actuación de la propia entidad o de la de sus agentes de seguros, de acuerdo con el procedimiento previsto en la Orden ECO 734/2004, de 11 de marzo, de Protección al Consumidor.

En todas las oficinas de la mutualidad se encuentra disponible, para su consulta, el Reglamento regulador del Servicio de Atención al Mutualista.

Transcurrido el plazo de dos meses sin obtener respuesta por parte del Servicio de Atención al Mutualista o no siendo ésta de su conformidad, pueden dirigirse al Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, con domicilio en el Paseo de la Castellana, número 44, 28046 de Madrid.

En todo caso, el cliente puede acudir a los Tribunales de justicia competentes o bien someterse a la decisión de un órgano arbitral aceptado por ambas partes.

Si el contenido de la póliza difiere de la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas, el tomador del seguro podrá reclamar a la Mutua 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 la póliza.

#### 2. Definiciones

A efectos de esta póliza de seguro, se entiende por:

- **Accidente:** hecho producido durante la vigencia del seguro por una causa externa, súbita, violenta y ajena a la voluntad de la persona protegida y que produce una lesión.
- **Asistencia:** servicio necesario prestado por un profesional sanitario legalmente habilitado.

- **Enfermedad:** alteración del estado de salud diagnosticada por un médico, producida durante la vigencia del seguro y no derivada de accidente, que precisa una asistencia médica.
- **Hospital, clínica o centro hospitalario:** centro, público o privado, legalmente autorizado para el tratamiento de enfermedades o lesiones que cumpla las condiciones siguientes:
  1. Disponer de los medios necesarios para realizar diagnósticos y practicar tratamientos médicos y/o intervenciones quirúrgicas.
  2. Admitir únicamente el ingreso de personas enfermas o lesionadas.
  3. Disponer de médicos y personal sanitario las 24 horas del día.
  4. Practicar los tratamientos médicos y las intervenciones quirúrgicas necesarias recurriendo a profesionales cualificados únicamente.

En ningún caso se consideran hospitales los balnearios, las casas de reposo, los asilos, los centros dedicados al tratamiento de enfermedades crónicas ni los establecimientos o las instituciones similares a las citadas.
- **Lesión:** cambio patológico en un tejido o en un órgano sano que altera la integridad física o el equilibrio funcional y que conlleva un daño anatómico o fisiológico.
- **Médico:** doctor o licenciado en medicina legalmente capacitado y autorizado para tratar médica o quirúrgicamente una enfermedad o lesión.
- **Mutua:** Mutua General de Cataluña, Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija.
- **Persona protegida:** persona física expuesta al riesgo asegurado.
- **Póliza:** documento o documentos que contienen las cláusulas y los pactos reguladores del contrato de seguro. Forman parte integrante e inseparable de la póliza estas condiciones generales y, siempre que existan, las condiciones particulares o específicas, así como los apéndices que recojan, si procede, las modificaciones acordadas durante la vigencia del contrato. La solicitud de seguro también forma parte de la póliza.
- **Prestación:** obligación o conjunto de obligaciones que asume la Mutua para con el tomador, la persona protegida o el beneficiario.
- **Prima:** precio de la cobertura, cuyo importe, juntamente con los impuestos, tasas o recargos que correspondan, deberá ser satisfecho por el tomador o por el asegurado según las condiciones establecidas en la póliza.
- **Relación de protección:** relación entre la Mutua y el tomador, la persona protegida y el beneficiario, que procura una protección consistente en la prestación de que se trate en cada caso.
- **Tomador:** persona que suscribe el seguro.
- **Urgencia:** situación grave que requiere una asistencia inmediata porque el retraso podría ocasionar un daño irreparable a la integridad física de la persona protegida.
- **Urgencia hospitalaria:** urgencia que requiere una asistencia hospitalaria inmediata. No tienen esta consideración, por lo tanto, las situaciones siguientes:
  1. Aquellas que, a pesar de ser graves, no precisen una atención hospitalaria inmediata y puedan ser correctamente tratadas por consulta externa.
  2. Las asistencias y los servicios sanitarios practicados por los servicios ordinarios del hospital después de haber sido atendida la urgencia por parte de los servicios específicos de urgencias del centro.

### 3. Objeto

Mediante este seguro la Mutua cubre las prestaciones establecidas en la póliza **siempre que la persona protegida se encuentre de viaje fuera de España o, dentro de España, a más de 30 km de su domicilio habitual.**

Sin embargo, **las prestaciones reguladas en los apartados 4.2.1, 4.2.2, 4.2.3, 4.3.1, segundo párrafo, 4.6.1, 4.7.2, 4.7.3, 4.7.4 y 4.7.5, sólo se aplicarán cuando la persona protegida se encuentre de viaje en otro país.**

## **4. Descripción de la cobertura**

Las prestaciones garantizadas por este seguro, en las condiciones establecidas por esta póliza, son las que se indican a continuación:

### **4.1. Suministro de información**

**4.1.1. Informaciones de viaje.-** A petición de la persona protegida, la Mutua le suministrará información sobre los siguientes aspectos:

- Vacunación, necesidad de visado y cualquier otro requisito para poder acceder a otro país, contenido en la edición más reciente del manual de información sobre viajes publicado por la Asociación Internacional de Transporte Aéreo y conocido como "T.I.M.". Sin embargo, la Mutua no será responsable en caso de inexactitud de la información contenida en el "T.I.M." en cuestión.
- Direcciones y números de teléfono de las Embajadas y Consulados de cualquier país del mundo.

**4.1.2. Transmisión de mensajes.-** La Mutua, a petición de la persona protegida, efectuará la transmisión, a través del medio o entidad más apropiada en cada caso, de los mensajes urgentes derivados de acontecimientos cubiertos por el seguro.

**4.2. Asistencia sanitaria:** La Mutua prestará las asistencias sanitarias siguientes, que requerirán siempre (excepto en caso de imposibilidad material), el acuerdo previo del médico del centro que deba efectuarlas con el equipo médico de la Mutua:

**4.2.1. Gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y de hospitalización.-** Si, como consecuencia de una enfermedad o accidente producidos en el extranjero, la persona protegida precisa asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica u hospitalaria, la Mutua se hará cargo de los gastos siguientes **hasta el importe máximo de 12.000 euros.**

- Los gastos y honorarios médicos y quirúrgicos.
- Los gastos farmacéuticos prescritos por el médico.
- Los gastos de hospitalización.

**4.2.2. Gastos odontológicos de urgencia.-** Si la persona protegida se encuentra de viaje en el extranjero y sufre una afección odontológica aguda (como infecciones, dolores o traumatismos) que requiera un tratamiento de urgencia, la Mutua se hará cargo de los gastos que se deriven de la misma, **hasta el importe máximo de 120,20 euros.**

### **4.3. Desplazamiento de un familiar**

**4.3.1. Billete de ida y vuelta para un familiar y gastos de hotel.-** Cuando la persona protegida se encuentre hospitalizada a más de 30 km de su domicilio o residencia habitual y esté previsto un ingreso hospitalario superior a 5 días, la Mutua se encargará de que, a través del medio o entidad más adecuada en cada caso, se ponga a disposición de un familiar de la persona protegida un billete de ida y vuelta al hospital en cuestión para acompañarlo.

Cuando la hospitalización sea en el extranjero, la Mutua también reembolsará los gastos de estancia del familiar en un hotel, **con el límite de 30,05 euros por día hasta un**

**importe máximo total de 300,51 euros, previa presentación de las facturas correspondientes.**

**4.4. Retorno anticipado de la persona protegida**

**4.4.1. Retorno anticipado de la persona protegida a causa de la muerte de un familiar.-** Si la persona protegida se encontrase de viaje, y en España muriera su cónyuge, un ascendente o descendente suyo de primer grado o un hermano o hermana, la Mutua se haría cargo de los gastos siguientes si el medio empleado para el viaje o el billete contratado para la vuelta no permitiera adelantarla:

- Gastos de transporte de la persona protegida hasta el lugar del entierro en España del familiar fallecido.
- Gastos del billete de vuelta al lugar donde se encontraba de viaje siempre que, por motivos profesionales o personales, tenga que continuarlo.

**4.4.2. Retorno anticipado de la persona protegida a causa de un siniestro grave en su domicilio.-** Si la persona protegida se encontrase de viaje y se produjese en su domicilio un siniestro de tanta gravedad que éste quedara inhabitable, la Mutua se encargaría de que, a través del medio o entidad más adecuado en cada caso, se pusiera a disposición de la persona protegida un billete de tren o de avión para volver a su domicilio.

La Mutua asumirá también los gastos del billete de vuelta al lugar donde se encontraba de viaje, siempre que le sea preciso continuarlo, por motivos profesionales o personales. Esta vuelta se realizará con el mismo medio de transporte que la Mutua le habría facilitado para volver de forma anticipada a su domicilio.

**4.5. Transporte o repatriación sanitaria**

**4.5.1. Transporte o repatriación sanitaria de heridos y enfermos.-** En caso de que la persona protegida sufra una enfermedad o un accidente, la Mutua se hará cargo de:

- Los gastos derivados de transportarlo con ambulancia hasta la clínica o el hospital más cercano.
- Efectuar un seguimiento de la evolución de la persona protegida, a través del médico que lo atiende, con el fin de determinar el mejor tratamiento que sea necesario seguir y el eventual traslado a otro centro hospitalario más adecuado o a su domicilio.
- Los gastos de traslado de la persona protegida, con el transporte más adecuado, hasta el centro hospitalario autorizado o hasta su domicilio habitual. Siempre que la persona protegida sea ingresada en un centro hospitalario lejos de su domicilio, la Mutua también se hará cargo, una vez que la persona protegida disponga de la alta médica, del traslado hasta su domicilio.

Cuando la urgencia y la gravedad del caso lo requieran, el medio de transporte empleado en Europa y en los países ribereños del Mediterráneo, será el avión sanitario especial. En otro caso, y siempre en el resto del mundo, el traslado se efectuará mediante avión de línea regular o con otros medios adecuados, en función de las circunstancias del momento.

**4.5.2. Transporte o repatriación de los familiares asegurados acompañantes.-** Cuando una persona protegida haya sido trasladada o repatriada por enfermedad o accidente y esta circunstancia impida al resto de familiares, también asegurados con esta misma póliza, el retorno hasta su domicilio con

los medios previstos inicialmente, la Mutua se hará cargo de los gastos correspondientes a:

- El transporte de dichos familiares hasta su domicilio o hasta el lugar donde se encuentre hospitalizada la persona protegida trasladada o repatriada.
- Poner a disposición de aquellos familiares, siempre que sean hijos menores de 15 años de la persona protegida trasladada o repatriada y no cuenten con ninguna persona de confianza para acompañarles, una persona que les acompañe en el viaje de vuelta.

**4.5.3. Transporte o repatriación de difuntos y transporte de familiares asegurados acompañantes.-** Si la persona protegida muere en el transcurso del viaje, la Mutua, a través de los medios más adecuados en cada caso, se encargará de que:

- El cuerpo de la persona protegida sea transportado o repatriado hasta el lugar de su entierro, siempre que éste se encuentre en el ámbito territorial de actuación de la Mutua.
- Sean realizadas todas las formalidades preceptivas en el lugar de la defunción.
- Transportar hasta su domicilio o lugar de entierro del difunto - siempre que el lugar escogido entre estos dos se encuentre dentro del ámbito territorial de actuación de la Mutua - a los familiares acompañantes asegurados con la misma póliza que no puedan volver con los medios o con el billete previsto inicialmente. En este caso, también pondrá a su disposición el acompañante a que hace referencia este apartado.

**4.5.4.** Las prestaciones de transporte sanitario se efectuarán siempre previo acuerdo del médico del centro hospitalario que se ocupe de la persona protegida con la Mutua.

#### **4.6. Prolongación de la estancia**

**4.6.1. Gastos de prolongación de la estancia en un hotel en el extranjero.-** Cuando, como consecuencia de una asistencia médica cubierta por la póliza, la persona protegida tenga que prolongar su estancia en un hotel después de la hospitalización y bajo prescripción médica, la Mutua se hará cargo de estos gastos **con el límite de 30,05 euros por día hasta un importe máximo total de 300,51 euros, previa presentación de las facturas correspondientes.**

#### **4.7. Otras incidencias cubiertas**

**4.7.1. Búsqueda y transporte de equipajes y efectos personales.-** En caso de robo de equipajes y efectos personales durante el viaje, la Mutua asesorará a la persona protegida en la denuncia de los hechos.

Si las pertenencias robadas y también las extraviadas se recuperaran, la Mutua se encargará de hacerlas llegar al lugar donde se encuentre la persona protegida de viaje o bien hasta su domicilio.

**4.7.2. Envío de documentos al extranjero.-** Cuando la persona protegida necesite algún documento que haya olvidado antes de salir de viaje, la Mutua realizará las gestiones oportunas para hacérselo llegar donde se encuentre y asumirá los gastos que se deriven de dicho envío **hasta el importe máximo de 60,10 euros.**

**4.7.3. Anticipo de fondos en el extranjero.-** Cuando la persona protegida precise disponer de dinero como consecuencia de que se le hayan sustraído durante el viaje los medios de pago que llevaba consigo, la Mutua se encargará, a

través del medio o entidad más apropiada en cada caso, de que disponga de **un anticipo, por un importe máximo de 450,76 euros, que la persona protegida tendrá que devolver posteriormente.**

Esta prestación requerirá la denuncia previa de la sustracción sufrida ante las autoridades competentes y facultará a la Mutua a solicitar a la persona protegida algún tipo de aval o garantía de reembolso del dinero anticipado.

**4.7.4. Defensa jurídica automovilística en el extranjero.-** Cuando la persona protegida tenga que hacer frente a procedimientos o acciones civiles o penales, derivados de su participación en un accidente de circulación como conductor de un vehículo de motor, la Mutua se hará cargo de los gastos de la defensa jurídica que precise, **hasta un importe máximo de 901,52 euros.**

**4.7.5. Prestación y/o anticipo de fianzas.-** En el caso anterior, la Mutua, a través del medio o entidad más apropiado en cada caso, proporcionará también a la persona protegida **las cantidades máximas de 901,52 euros, para costes procesales penales y de 4.207,08 euros para fianzas penales,** necesarias para acordar su libertad provisional o para asegurar la asistencia de la persona protegida en el juicio.

En el caso de anticipo de fianzas penales, **la persona protegida deberá firmar un documento escrito de reconocimiento de deuda y comprometerse a la devolución de la cantidad anticipada en los dos meses posteriores al regreso a su domicilio, o bien en los tres meses siguientes a su petición.**

**La Mutua también podrá solicitar de la persona protegida algún tipo de aval o garantía que asegure el cobro de la cantidad avanzada.**

## **5. Riesgos excluidos**

**Quedan explícitamente excluidas de esta sección y no generan derecho a ninguna prestación:**

### **5.1. Las enfermedades, lesiones o afecciones en las que se de alguna de las circunstancias siguientes:**

- **Las existentes antes del inicio del viaje o producidas como consecuencia de enfermedades crónicas, así como sus complicaciones o recaídas.**
- **Cualquier tipo de enfermedad mental.**
- **Muerte por suicidio, intentos de suicidio y autolesiones.**
- **Producidas como consecuencia de la práctica profesional o competitiva de cualquier deporte o actividad deportiva, de la realización federada de cualquier tipo de deporte, de la práctica de deportes de aventura y de la práctica como aficionado de deportes o actividades de riesgo o que comporten una especial peligrosidad (entre aquellos y aquellas se incluyen, a título meramente enunciativo y no limitativo, los deportes de montaña, la escalada, los de combate, el rugby, los toros, los deportes hípicas, la caza, la práctica de deportes aéreos, y en general los deportes similares a los anteriores, o de nueva creación, los cuales puedan considerarse de riesgo).**
- **Las derivadas de drogadicciones, de intoxicaciones por drogas, incluida la embriaguez, los narcóticos y el consumo de medicamentos sin receta médica o sin seguir la forma prescrita.**

## **5.2. Los siguientes gastos:**

- Médicos, quirúrgicos y de hospitalización en España.
- Gastos de prótesis, gafas y lentes de contacto.
- Cualquier tipo de gasto médico o farmacéutico de un importe inferior a 9,02 euros.
- Gastos de parto o embarazo, a excepción de las complicaciones imprevistas durante los seis primeros meses.
- Los derivados de acciones criminales directa o indirectamente imputables a la persona protegida.
- Los ocasionados por conductas o actos realizados con ánimo fraudulento.
- Los gastos de inhumación y ceremonia en el traslado o repatriación de difuntos.

**5.3. El rescate de personas en el mar, la montaña, la selva, el desierto o cualquier otro territorio extenso deshabitado.**

**5.4. Las prestaciones efectuadas sin previo acuerdo de la mutua, salvo en situaciones de imposibilidad material o supuestos de fuerza mayor.**

## **6. Acceso a la cobertura**

Para tener derecho a las prestaciones cubiertas por este seguro se deberán cumplir, en todos los casos, las condiciones siguientes:

1. El domicilio de la persona protegida deberá encontrarse dentro del ámbito territorial de actuación de la Mutua y ésta deberá residir en él habitualmente.
2. Encontrarse en el extranjero, o en España, a más de 30 kilómetros del domicilio habitual, según la prestación, debido a un viaje o desplazamiento de una duración máxima de 60 días.
3. Solicitar a la Mutua la prestación, indicando el nombre de la persona protegida, el número de asegurado, el lugar donde se encuentre y el tipo de asistencia que precise.

## **7. Reembolso económico por imposibilidad de prestación**

Cuando, por causas ajenas a su voluntad y debidas a las especiales circunstancias políticas o administrativas de un país o a la existencia de una fuerza mayor, la mutua no pudiera ofrecer una prestación garantizada o no pudiera hacerlo en el plazo requerido, se reembolsarán a la persona protegida los gastos que ésta haya tenido, hasta un importe máximo equivalente al de la cobertura garantizada.

El reembolso se efectuará normalmente cuando la persona protegida haya vuelto a su domicilio, salvo en casos de necesidad, siempre que la persona protegida se encuentre en países donde no se den las circunstancias especiales políticas o administrativas antes mencionadas.

En cualquier caso, la persona protegida deberá presentar a la Mutua los justificantes de los pagos efectuados.

## **8. Compatibilidad con otros seguros**

Las indemnizaciones derivadas de este seguro complementarán las que correspondan a la persona protegida cuando tenga cubiertos los mismos riesgos, también a través de la Seguridad Social o cualquier otro régimen de previsión colectiva.

Constituye una excepción de la regla general anterior la prestación mencionada en el apartado 4.2.1 (gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y de hospitalización en el extranjero); en este caso, si la persona protegida tuviese cubiertos los mismos riesgos con otro seguro de la Mutua, la indemnización fijada en ese seguro será considerada como básica y la indemnización que correspondiese en aplicación de este seguro de asistencia en viaje únicamente sería procedente para completar el importe de la asistencia cubierta recibida.

## **9. Devolución de los billetes de transporte no utilizados**

Siempre que se produzca el transporte o repatriación de personas en aplicación de una prestación garantizada por este seguro, la Mutua tendrá derecho a reembolso de la parte del billete de transporte no consumida por las personas en cuestión.

## **10. La Prima**

### **10.1. Pago del seguro (Primas)**

El tomador del seguro está obligado al pago de la prima anual desde el momento de la perfección del contrato. No obstante el carácter anual de la prima, ésta podrá ser abonada mediante recibos mensuales, trimestrales o semestrales; en estos casos, se aplicará el recargo que corresponda.

El fraccionamiento del pago de la prima no exime al tomador de su obligación de abonar la totalidad de la prima anual. Del mismo modo, cuando, por causa no imputable a la Mutua, no sea efectuado el pago de la prima o de sus fracciones periódicas en el momento establecido, deberán abonar los gastos que generen la falta de pago y el interés de demora.

Cuando se aplique una variación de la prima en el momento en el que la persona protegida llegue a una edad determinada, ésta tendrá efectos a partir del día 1 del mes siguiente al que se produce el citado cambio de edad, independientemente de la periodicidad establecida para el cobro de las primas.

### **10.2. Efectos del impago de la prima**

Si, por culpa del tomador, la primera prima no fuera pagada o se produjera un impago de cualquiera de sus posibles fraccionamientos, la Mutua tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima debida por vía ejecutiva de acuerdo con la póliza.

En caso de falta de pago de la segunda o sucesivas primas, la cobertura de la Mutua queda suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si el asegurador no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima, se entenderá que el contrato queda rescindido. En cualquier caso, el asegurador, cuando el contrato esté suspendido, sólo podrá exigir el pago de la prima del periodo en curso.

En ambos casos, si el contrato no se hubiera resuelto o rescindido de acuerdo con los párrafos anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las 24 horas del día en el que el tomador pague la prima.

### **10.3. Actualización anual de las condiciones económicas de la póliza**

La Mutua, para el periodo de cobertura siguiente al de la contratación o prórroga de la póliza, puede actualizar el importe de las primas en función de los correspondientes cálculos técnicos, financieros y actuariales, del incremento del coste de los servicios sanitarios, de la evolución de la siniestralidad general y de las prestaciones garantizadas.

El pago del primer recibo correspondiente a la prima anual de las prórrogas de la póliza, presupone la aceptación del conjunto de las nuevas condiciones.

## **11. Deberes del asegurado**

Además de aquellas otras obligaciones que legalmente le corresponden, el tomador y/o el asegurado comunicarán a la Mutua todas las circunstancias que agraven un riesgo y que podrían condicionar, o hasta incluso imposibilitar, la suscripción de la póliza por parte de la aseguradora.

El asegurado facilitará a la Mutua, si hace falta periódicamente, toda la información y los documentos que ella le requiera sobre las circunstancias y las consecuencias del siniestro y, tanto él como sus familiares, posibilitarán que la Mutua lleve a cabo directamente cualquier comprobación sobre el siniestro que considere necesaria.

El asegurado perderá el derecho a la prestación si incumple las anteriores obligaciones con engaño o culpa.

## **12. Periodo de cobertura**

La cobertura se inicia a partir de la fecha establecida en las condiciones particulares y por un periodo que concluye el 31 de diciembre del año en curso.

**La cobertura se renovará automáticamente cada año por un periodo de un año natural, excepto si la Mutua comunique por escrito, antes de dos meses de la fecha de vencimiento, y el tomador o la persona protegida antes de un mes de la mencionada fecha, su voluntad de no renovarla.**

## **13. Subrogación**

Una vez satisfecha la prestación a la persona protegida, la Mutua puede ejercer contra los responsables del siniestro que haya requerido la asistencia prestada los derechos y las acciones legales que correspondieran a aquella persona. Mediante esta subrogación la Mutua podrá reclamar a los responsables del siniestro el importe de los gastos de asistencia sanitaria prestada a la persona protegida.

También procederá a la subrogación de la Mutua en los derechos que tuviera la persona protegida cuando aquella hubiera asumido obligaciones que también tuvieran que ser prestadas por otras personas o entidades.

La subrogación, en ningún caso, podrá comportar un perjuicio al tomador o a la persona protegida, quienes se obligan a facilitar el ejercicio eficaz de la subrogación por parte de la Mutua.

## **14. Comunicaciones**

Las comunicaciones entre la Mutua y el tomador y las personas protegidas, deben dirigirse a sus respectivos domicilios. Estos domicilios serán los que consten en la póliza, a menos que se hubiera comunicado formalmente un cambio posterior.

Las conversaciones telefónicas mantenidas entre la Mutua y el asegurado o el beneficiario, derivadas de suscripciones de pólizas de seguro con la Mutua, podrán ser grabadas por ésta última y utilizadas en los procesos de control de calidad o como medio de prueba en procedimientos judiciales o arbitrarios, preservando siempre la debida confidencialidad.