

Artículo 1. DEFINICIONES**Mutualidad**

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

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

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

Accidente

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

Acto Médico

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

Asegurado

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

Asociado

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

Asistencia

El acto para atender o cuidar la salud del enfermo.

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

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

Carencia

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

Condiciones Particulares

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

Enfermedad

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

Enfermedad congénita

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

Fecha de efecto

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

Franquicia

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

Hospital

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

Hospitalización

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

Intervención quirúrgica

Toda operación mediante incisión u otra vía de abordaje efectuada por un médico.

Médico

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

Patología preexistente

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

Póliza

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

Prima

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

Prótesis

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

Servicio

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

Siniestro

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

Tomador

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

Urgencia

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

Urgencia vital

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

Artículo 2. COBERTURA

La Mutualidad proporcionará servicios médicos en caso de accidente o enfermedad, dentro de los límites pactados. La mencionada prestación de servicio deberá ser consecuencia de enfermedad o accidente, contemplada dentro del presente Condicionado.

Artículo 3. PERSONAS ASEGURABLES

Podrán contratar la presente cobertura los solicitantes de hasta sesenta y siete (67) años de edad.

Artículo 4. GARANTIAS

Sin perjuicio de las limitaciones, exclusiones y periodos de carencia previstos en estas Condiciones Generales, la Mutualidad proporcionará atención médica, asistencia en consultorios y las exploraciones complementarias que se deriven de dicha asistencia, correspondientes a los siguientes servicios o especialidades, en los centros contemplados en el **cuadro médico que le corresponda**.

Los tratamientos serán indicados y practicados por facultativos incluidos en el mencionado cuadro médico.

A. Enfermería

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

B. Especialidades médicas

- 1. Alergología e inmunología.** La cobertura de la presente póliza incluye las consultas, el estudio y tratamiento de enfermedades alérgicas. No incluye los gastos correspondientes a las vacunas, que serán por cuenta del Asegurado.
- 2. Anestesiología y reanimación.** La cobertura de la presente póliza incluye las consultas.
- 3. Angiología y cirugía vascular.** La cobertura de la presente póliza incluye las consultas y estudios ambulatorios del corazón y vasos sanguíneos.
- 4. Aparato digestivo.** La cobertura de la presente póliza incluye las consultas, el estudio y tratamientos no quirúrgicos relacionados con el aparato digestivo.
- 5. Cardiología.** La cobertura de la presente póliza incluye las consultas, el estudio y tratamientos no quirúrgicos derivados de las enfermedades del corazón.
- 6. Cirugía cardiovascular.** La cobertura de la presente póliza incluye las consultas y estudios ambulatorios que afecten al corazón y/o los grandes vasos.
- 7. Cirugía general y digestiva.** La cobertura de la presente póliza incluye las consultas, el estudio y los tratamientos no quirúrgicos del aparato digestivo.
- 8. Cirugía maxilo-facial.** La cobertura de la presente póliza incluye las consultas, el estudio y los tratamientos no quirúrgicos maxilo-faciales. No incluye la asistencia y los tratamientos incluidos en las especialidades de estomatología y de odontología.
- 9. Cirugía pediátrica.** La cobertura de la presente póliza incluye las consultas y estudios ambulatorios de los menores.
- 10. Cirugía torácica.** La cobertura de la presente póliza incluye las consultas y estudios ambulatorios de la cavidad torácica.
- 11. Dermatología.** La cobertura de la presente póliza incluye las consultas, el estudio y tratamientos no quirúrgicos de las enfermedades de la piel. No se incluyen los tratamientos de la alopecia y las lesiones derivadas del acné.
- 12. Endocrinología.** La cobertura de la presente póliza incluye las consultas, el estudio y tratamientos no quirúrgicos de las enfermedades de las glándulas endocrinas y del metabolismo.
- 13. Geriátrica.** La cobertura de la presente póliza incluye las consultas, el estudio y tratamientos no quirúrgicos de las enfermedades propias de la vejez. No se incluyen los gastos generados durante la estancia en residencias.
- 14. Hematología y hemoterapia.** La cobertura de la presente póliza incluye las consultas, el estudio y tratamiento de las enfermedades de la sangre.
- 15. Medicina general y medicina de familia.** Sin perjuicio de lo establecido para cada categoría médica en particular, la cobertura del presente contrato incluye los servicios de asistencia general.

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

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

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

19. Neurocirugía. La cobertura de la presente póliza incluye las consultas y estudios ambulatorios del sistema nervioso.

20. Neurología. La cobertura de la presente póliza incluye las consultas, el estudio y los tratamientos no quirúrgicos de las enfermedades del sistema nervioso.

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

- Los servicios necesarios para la vigilancia del embarazo por médico tocólogo.
- Las enfermedades de los órganos genitales femeninos.
- La planificación familiar incluyendo el control del tratamiento con anovuladores, la colocación de DIU y su vigilancia, siendo de cuenta de la Asegurada el coste de éste y los medicamentos.
- Una revisión ginecológica anual.
- Consultas para la detección de problemas de infertilidad. No quedan incluidas las pruebas diagnósticas.

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

23. Oncología médica. La cobertura de la presente póliza incluye las consultas y estudios ambulatorios de enfermedades tumorales.

24. Otorrinolaringología. La cobertura de la presente póliza incluye las consultas, el estudio y los tratamientos no quirúrgicos de las enfermedades del oído, laringe y conducto nasal.

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

26. Proctología. La cobertura de la presente póliza incluye las consultas, el estudio y el tratamiento no quirúrgico de las enfermedades relativas al recto.

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

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

29. Traumatología y cirugía ortopédica. La cobertura de la presente póliza incluye las consultas, el estudio y el tratamiento no quirúrgico de los traumatismos y alteraciones osteoarticulares.

30. Urología. La cobertura de la presente póliza incluye las consultas, el estudio y el tratamiento no quirúrgico de las enfermedades del aparato urinario.

C. Medios de diagnóstico

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

2. Radiodiagnóstico. La cobertura de la presente póliza incluye los siguientes medios de radiodiagnóstico: Radiología simple y contrastada, ecografía, mamografía, Scanner (TAC), resonancia Magnética (RMN), angiografía ambulatoria, medicina nuclear, PET. La cobertura de la presente póliza incluye los medios de contraste que hayan sido suministrados por el Centro Médico concertado por la Mutualidad.

3. Cardiología. La cobertura de la presente póliza incluye los siguientes medios de diagnóstico en la especialidad de cardiología: Electrocardiograma, Holter T.A. y Holter ECG, prueba de esfuerzo, ecocardiograma y eco-doppler, estudios hemodinámicas no hospitalarios.

4. **Neurofisiología Clínica.** La cobertura de la presente póliza incluye los siguientes medios de diagnóstico en la neurofisiología clínica: Electroencefalograma, electromiograma, potenciales evocados.
5. **Endoscopias.** La cobertura de la presente póliza incluye los servicios de endoscopia.
6. **Urodinámica.** La cobertura de la presente póliza incluye los estudios urodinámicos.

D. Otros servicios

1. **Ambulancias.** La cobertura de la presente póliza incluye los traslados en ambulancia terrestre siempre que sean motivados por situaciones de urgencia.
2. **Logopedia y foniatría.** La cobertura de la presente póliza incluye el tratamiento de la logopedia y foniatría exclusivamente en los casos de rehabilitación tras laringectomía, con un período máximo de seis (6) meses.
3. **Podología.** La cobertura de la presente póliza incluye seis quiropodias anuales.
4. **Preparación al parto.** La cobertura de la presente póliza incluye los gastos por asistencia a programas de preparación al parto.
5. **Medicina preventiva.** La cobertura de la presente póliza incluye un chequeo médico anual, siempre y cuando se realice en un Centro Médico concertado por la Mutualidad. Dicho chequeo médico incluirá una exploración física completa, una analítica elemental de sangre y orina, y un electrocardiograma.

E. Tratamientos especiales

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

1. **Aerosolterapia, ventiloterapia y oxigenoterapia.** La cobertura de la presente póliza incluye los servicios de aerosolterapia, ventiloterapia y oxigenoterapia a domicilio, siendo la medicación a cargo del Asegurado.
2. **Fisioterapia y tratamientos de rehabilitación.** Previa prescripción de un facultativo del cuadro médico. Incluye la rehabilitación y fisioterapia del aparato locomotor, la rehabilitación del suelo pélvico y la rehabilitación cardíaca (exclusivamente para recuperación inmediata en pacientes que hayan sufrido un infarto agudo de miocardio y/o cirugía cardíaca con circulación extracorpórea, cubiertos previamente por esta póliza).
3. **Tratamiento del dolor.** La cobertura de la presente póliza incluye las técnicas diagnósticas y terapéuticas para el tratamiento sintomático paliativo del dolor.

F. Urgencias

Sólo para asegurados de hasta catorce (14) años de edad se cubrirán las situaciones de urgencia médica en los centros designados por la Mutualidad en su cuadro médico. En ningún caso, se cubren las urgencias que requieren hospitalización o intervención ni las urgencias quirúrgicas. En estos casos no resultan aplicables los periodos de carencia.

Artículo 5. EXCLUSIONES

1. Quedan excluidas las hospitalizaciones y todo tipo de intervenciones quirúrgicas.
2. Para asegurados de más de 14 años de edad, quedan excluidas las urgencias. Asimismo, para los asegurados hasta 14 años quedan excluidas las urgencias que requieren hospitalización o intervención.
3. Quedan excluidos del seguro los gastos incurridos en tratamientos médicos:
 - Que deriven de **enfermedades, lesiones o discapacidades preexistentes**, salvo que hayan sido declarados en el cuestionario de salud y la Mutualidad haya aceptado expresamente su cobertura en las Condiciones Particulares.
 - Todos los **actos médicos con fines estéticos** o básicamente estéticos, tales como el láser vascular, dermatológico, etc. así como todos los actos médicos prestados por Centros de Medicina Estética o Dermatología Cosmética. También se excluye la corrección quirúrgica de la refracción ocular.
 - **Las consultas odontológicas, los tratamientos odontológicos y estomatológicos y las pruebas específicas dentarias**, excepto las ortopantomografías realizadas en hospitales o centros de radiología.

- Correspondientes al **tratamiento o terapia de drogadicción o alcoholismo**, así como **enfermedades o accidentes que sean consecuencia de ellos**.

- Las **lesiones que el Asegurado se autoinflinja, o sean consecuencia del intento de suicidio, de cualquier accidente causado por mala fe o intencionadamente por el Asegurado, de su participación en riñas o de actividades delictivas**.

- **Derivado de guerras, revoluciones, terrorismo o alzamiento, de fenómenos naturales** tales como terremotos, inundaciones, erupciones volcánicas y fenómenos meteorológicos o de radiación nuclear o contaminación radiactiva.

- Derivado de **epidemias declaradas oficialmente**.

- Por **esterilidad o infertilidad**, tales como la fecundación in vitro (FIV), inseminación artificial, la microinyección espermática y similares.

- El **Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)**, complejo relacionado con el SIDA, así como sus consecuencias.

- **Enfermedades o accidentes ocasionados por la participación del asegurado en carreras o la participación en apuestas y competiciones, así como la práctica profesional de cualquier deporte**.
Queda excluida la práctica como aficionado o profesional de actividades de alto riesgo como el toreo y encierro de reses bravas, de la práctica de deportes peligrosos, tales como el buceo, el bobsleigh, el boxeo, la escalada, las carreras de vehículo a motor, rugby, quad, espeleología, parapente, actividades aéreas no autorizadas para el transporte público de viajeros, actividades de navegación en aguas bravas y en cualesquiera otras circunstancias de riesgo, puénting, barranquismo, incluidos los entrenamientos y cualquier otra práctica manifiestamente peligrosa.

-

- Correspondientes a **exámenes médicos que no tengan fines curativos**, tales como la obtención de carnet de conducir, pruebas de paternidad y pruebas similares.

- Que correspondan a las llamadas "**terapias alternativas**", tales como homeopatía, acupuntura, quiropráctica, digitopuntura, fitoterapia, quiromasaje, el drenaje linfático, la mesoterapia, la gimnasia, la osteopatía, la hidroterapia, los partos alternativos (en el domicilio, acuáticos, etc.), la oxigenoterapia trifásica, la presoterapia, la ozonoterapia, la ortóptica, y otras prestaciones similares, o de parecida índole.

- Que correspondan a **técnicas de psicoanálisis, hipnosis, sofrología, narcolepsia y tests psicológicos**. **Se excluye la psicoterapia de grupo o pareja, la rehabilitación psicosocial o neuropsicológica, la terapia educativa o cognitivo-conductual en los trastornos de la comunicación oral y escrita, y del desarrollo de diverso origen.**

- Que correspondan a honorarios por **tratamientos o diagnósticos en balnearios o curas de reposo**, aun cuando hayan sido prescritas por un médico.

- Los tratamientos de **fisioterapia y/o rehabilitación, cuando se haya conseguido la recuperación funcional o el máximo posible, así como la rehabilitación neuropsicológica o estimulación cognitiva**. En cualquier caso se excluye la rehabilitación en patologías crónicas y/o cuando el proceso esté en un estado de estabilización insuperable, conforme a un informe médico, exceptuando los casos de reagudización del proceso.

- Que correspondan a **pruebas o test genéticos** que tengan por finalidad conocer la predisposición del Asegurado o de su descendencia a padecer ciertas enfermedades relacionadas con el mapa genético.

- Todas las **pruebas genéticas que se encuentren en fase de investigación** o cuya utilidad diagnóstica no esté demostrada.

- **Las terapias asistidas por robots o mediante sistemas computerizados. La técnica de diagnóstico por cápsula endoscópica.**

-Todas las **pruebas diagnósticas y/o terapéuticas cuyo uso no sea habitual y/o no esté generalizado y/o no esté aceptado por la mayoría de los centros del el Sistema Nacional de Salud de España y/o dependientes de las Comunidades Autónomas.**

- **Quedan excluidas las prótesis.**

- Se excluyen las **enfermedades psiquiátricas crónicas**.

- En ningún caso estarán incluidos los **gastos ginecológicos y obstétricos incurridos por una asegurada que estuviese embarazada con anterioridad a la suscripción de la presente póliza.**

-

-

- Quedan excluidos todos las visitas, tratamientos y pruebas solicitadas y/o realizadas por la especialidad de medicina del deporte, como la fisioterapia de readaptación, las infiltraciones con acido hialuronico, las infiltraciones de factores de crecimiento y otros tratamientos similares.

4. Se excluye asimismo la cobertura de cualquier gasto médico:

- Devengado mientras la cobertura se hallase suspendida por impago de primas.

- Que corresponda a servicios prestados por el cónyuge o parientes del Asegurado, hasta el tercer grado de consanguinidad o afinidad.

-Queda excluida la asistencia sanitaria en centros privados no concertados, y la prestada en hospitales, centros y otros establecimientos de titularidad pública integrados en el Sistema Nacional de Salud de España y/o dependientes de las Comunidades Autónomas.

En todo caso Previsora General Mutualidad de Previsión Social se reserva la facultad de reclamar al asegurado el recobro de los gastos de asistencia que haya tenido que abonar al sistema sanitario público, por la asistencia médico-quirúrgica y hospitalaria prestada.

Artículo 6. LIMITACIONES

La prestación se garantizará siempre que el proceso esté cubierto por el presente condicionado y se produzca en el transcurso de vigencia de la póliza, **estableciéndose un máximo anual por asegurado de dieciocho mil (18.000) euros para gastos de asistencia ambulatoria.**

Artículo 7. PERIODOS DE CARENCIA

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

1. Seis (6) meses para los siguientes medios de diagnóstico de alta tecnología: Scanner (TAC), resonancia magnética (RMN), angiografía ambulatoria, medicina nuclear, PET, electromiografía, potenciales evocados, gammagrafía y analíticas especiales.
2. Seis (6) meses para los tratamientos especiales recogidos en el artículo 4-E del presente condicionado.
3. Seis (6) meses para la planificación familiar.
4. Diez (10) meses para los gastos derivados del embarazo.

Artículo 8. CUADRO MÉDICO Y AUTORIZACIONES

1. La Mutualidad podrá establecer acuerdos con hospitales, médicos, ATS/DUE, laboratorios de análisis o cualquier otro centro o profesional cuyos servicios puedan estar cubiertos por este contrato. Con tales acuerdos, la Mutualidad configurará el Cuadro Médico de este producto, que será facilitado al Tomador y a los Asegurados. El Cuadro Médico está sujeto a variaciones, fundamentalmente altas y bajas de profesionales y de centros médicos.
El mutualista puede consultar el Cuadro Médico en la web de Previsora General www.previsorageneral.com

2. La Mutualidad proporcionará a cada Asegurado una tarjeta sanitaria, que podría incluir una fotografía digital del Asegurado. Esta tarjeta sanitaria es propiedad de la Mutualidad y su uso es personal e intransferible por el Asegurado. El Asegurado deberá comunicar inmediatamente la pérdida o sustracción de la tarjeta en un plazo de setenta y dos (72) horas, para su anulación por la Mutualidad. La Mutualidad no será responsable por el uso indebido o fraudulento de la tarjeta en tales supuestos. El Asegurado deberá devolver en un plazo de setenta y dos (72) horas la tarjeta sanitaria en el momento en que quede resuelta esta póliza de seguro.

3. El Asegurado se obliga a presentar la citada tarjeta sanitaria al requerir cualquiera de los servicios concertados en el Cuadro Médico. La Mutualidad liquidará directamente la totalidad de los gastos correspondientes a la utilización de tales servicios, quedando exonerada de efectuar reembolso alguno de los gastos que el Asegurado hubiera podido satisfacer por no presentar su tarjeta sanitaria, así como lo que hubiese abonado por mejoras por él solicitadas y no comprendidas en los acuerdos firmados por la Mutualidad para la confección del Cuadro Médico.

4. Los medios diagnósticos y tratamientos especiales que no precisan autorización previa de la Mutualidad para su realización por el Cuadro Médico son los siguientes:

- Análisis clínicos (excepto Cariotipos, Genotipos y Biología Molecular).

- Radiología convencional sin contraste y ecografías.

- Actos y exploraciones que se realicen en consulta de forma habitual y en las que no sea necesaria sedación (audiometría, campimetría, citología, electrocardiograma, gonioscopia, infiltraciones de traumatología, inmovilizaciones, punción evacuadora, reducción de fracturas, sondaje lagrimal, etc.)

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

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

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

Artículo 9. DURACIÓN DEL CONTRATO Y RESCISIÓN

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

La cobertura pactada tendrá una duración de un año, entendiéndose prorrogada por periodos anuales, salvo que alguna de las partes notifique por escrito a la otra parte, la oposición a la prórroga del contrato con un mes de antelación a la conclusión del período del seguro en curso cuando quien se oponga a la prórroga sea el tomador, y de dos meses cuando sea el asegurador.

A cada vencimiento de la póliza, la Mutualidad, por los cauces legales previstos, podrá modificar los condicionados a los que está sujeta la póliza.

Las modificaciones serán vinculantes para ambas partes contratantes. En cada prórroga se revisará si las pólizas de seguro y sus condiciones generales y particulares están debidamente firmadas y, si no fuera así, la Mutualidad podrá exigir la firma del contrato. Si el tomador no firma la póliza, la Mutualidad podría anular la póliza y, en su caso, devolver la prima correspondiente.

Artículo 10. DE LA PRIMA DEL SEGURO

Pago de la prima

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Artículo 11. COMUNICACIONES

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

Artículo 12. NORMATIVA APLICABLE

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

En particular, serán de aplicación la Ley 50/1980 de Contrato de Seguro, el Real Decreto Legislativo 6/2004 que aprueba Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, el Real Decreto 2486/1998 que aprueba el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, el Real Decreto 1430/2002 que aprueba el Reglamento Mutualidades de Previsión Social, el Real Decreto 303/2004 que aprueba el Reglamento de los comisionados por la defensa del cliente de servicios financieros y la Orden ECO 734/2004 Departamento y Servicios de Atención y Defensor del Cliente y por la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal.

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

La Mutualidad ha celebrado el contrato y elaborado la póliza de acuerdo con la Solicitud del Tomador del Seguro y en base a sus respuestas al Cuestionario previo correspondiente, así como en base a las declaraciones que sobre su estado de salud formule el Asegurado en el

Cuestionario o reconocimiento médico oportuno, únicos datos conocidos por la Mutualidad y de ahí la importancia de una exacta y correcta declaración.

Artículo 13. TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Esta cláusula está incluida en el Anexo adjunto según la normativa vigente.

Artículo 14. PROTECCIÓN DEL ASEGURADO

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

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

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

Artículo 15. JURISDICCIÓN

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

Artículo 16. DECLARACION , DISMINUCIÓN Y AGRAVACIÓN DEL RIESGO

16.1 Valoración del riesgo

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

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

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

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

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

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

16.2 Agravación del riesgo.-

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

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

16.3 Disminución del riesgo.-

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

Artículo 17. DERECHOS Y OBLIGACIONES

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

Ley de Contrato de Seguro, en todo caso sea juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato de seguro el del nuevo domicilio.

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

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

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

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

Artículo 18. EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Los profesionales, centros y servicios sanitarios debidamente autorizados que la Mutualidad pone a disposición del asegurado, a través del cuadro médico al se que adhiere la póliza, y de quienes este solicita asistencia gozan de plena autonomía, independencia y responsabilidad en la prestación de la asistencia sanitaria.

En consecuencia, **PREVISORA GENERAL MUTUALIDAD DE PREVISIÓN SOCIAL no responderá en ningún caso de los actos u omisiones de los profesionales y centros y servicios sanitarios antes mencionados**, siendo la relación entre estos y los asegurados totalmente ajena a PREVISORA GENERAL MUTUALIDAD DE PREVISIÓN SOCIAL.

Artículo 19. ACEPTACIÓN DE LAS CONDICIONES CONTRACTUALES

El tomador declara:

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

ANEXOS AL CONDICIONADO**ANEXO I. SEGURO DE ASISTENCIA EN VIAJE A LAS PERSONAS****DISPOSICIONES PREVIAS****Asegurado**

Serán titulares del interés asegurado las personas físicas aseguradas en el Seguro de Asistencia Sanitaria denominado, Previsalud Basico de PREVISORA GENERAL, MUTUALIDAD DE PREVISION SOCIAL.

Objeto

Por el presente contrato de seguro de Asistencia en Viaje, el Asegurado que se desplace dentro del ámbito territorial cubierto tendrá derecho a las distintas prestaciones asistenciales que integran el sistema de protección al viajero.

Ámbito territorial

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

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

Países Excluidos

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

Duración

Su duración va ligada a la de los seguros de Asistencia Sanitaria Previsalud basico de PREVISORA GENERAL del que es complemento.

Validez temporal

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

GARANTÍAS CUBIERTAS**1.1. Asistencia médica y sanitaria**

1.1. El Asegurador, tomará a su cargo los gastos correspondientes a la intervención de los profesionales y establecimientos sanitarios requeridos para la atención del Asegurado, enfermo o herido **hasta el límite de 12.000€ en el extranjero o su equivalente en moneda local.** Quedan expresamente incluidos, sin que la enumeración tenga carácter limitativo, los siguientes servicios:

a) Atención por equipos médicos de emergencia y especialistas.

b) Exámenes médicos complementarios.

c) Hospitalizaciones, tratamientos e intervenciones quirúrgicas.

d) Suministro de medicamentos en internado, o reintegro de su costo en lesiones o enfermedades que no requieran hospitalización.

En caso de urgencia vital como consecuencia de una complicación imprevisible de una enfermedad crónica o preexistente, el Asegurador se hará cargo **únicamente de los gastos de una primera asistencia sanitaria realizada con carácter de urgencia y dentro de las primeras 24 horas a contar desde su ingreso en el centro hospitalario.**

Los gastos cubiertos por esta causa no podrán superar en ningún caso el 10% de la suma asegurada para la garantía de Asistencia médica sanitaria.

1.2. Así mismo, y **hasta el límite de 30€ o su equivalente en moneda local**, el Asegurador tomará a su cargo los gastos de la intervención de profesionales por problemas odontológicos agudos, entendiéndose por tales los que por infección, dolor o trauma, requieran un tratamiento de urgencia.

1.2. Repatriación o transporte sanitario de heridos o enfermos.

En caso de accidente o enfermedad sobrevenida del Asegurado, el Asegurador se hará cargo de:

a) Los gastos de traslado en ambulancia hasta la clínica u hospital más próximo.

b) El control por parte de su Equipo Médico, en contacto con el médico que atiende al

Asegurado herido o enfermo, para determinar las medidas convenientes al mejor tratamiento a seguir y el medio más idóneo para su eventual traslado hasta otro centro hospitalario más adecuado o hasta su domicilio.

c) Los gastos de traslado del herido o enfermo, por el medio de transporte más adecuado, hasta el centro hospitalario prescrito o a su domicilio habitual.

El medio de transporte utilizado en cada caso se decidirá por el Equipo Médico del Asegurador en función de la urgencia y la gravedad del caso.

Exclusivamente en Europa, y siempre a criterio del Equipo Médico del Asegurador, podrá utilizarse un avión sanitario especialmente acondicionado.

Si el Asegurado fuera ingresado en un centro hospitalario no cercano a su domicilio, el Asegurador se hará cargo, en su momento, del subsiguiente traslado hasta el mismo.

En el supuesto de que el Asegurado no tenga su residencia habitual en España, se le repatriará hasta el lugar de inicio del viaje en España.

1.3. Repatriación o transporte de los demás Asegurados

Cuando en aplicación de la garantía de «Repatriación o transporte sanitario de heridos o enfermos» o «Repatriación o transporte del Asegurado fallecido», se haya repatriado o trasladado, por enfermedad, accidente o fallecimiento, a uno de los Asegurados y ello impida a su cónyuge, ascendientes o descendientes en primer grado, hermanos, o a un acompañante la continuación del viaje por los medios inicialmente previstos, el Asegurador se hará cargo del transporte de los mismos a su domicilio o al lugar de hospitalización.

En el supuesto de que las personas a las que hace referencia el párrafo anterior no tengan su residencia habitual en España, se les repatriará hasta el lugar de inicio del viaje en España.

1.4. Repatriación o transporte de hijos menores

Si el Asegurado repatriado o trasladado en aplicación de la garantía de “Repatriación o transporte sanitario de heridos o enfermos”, viajara en la única compañía de hijos con discapacidad o de hijos menores de quince años, el Asegurador organizará y tomará a su cargo el desplazamiento, ida y vuelta, de una azafata o de una persona designada por el Asegurado, a fin de acompañar a los niños en el regreso a su domicilio.

En el supuesto de que las personas a las que hace referencia el párrafo anterior no tengan su residencia habitual en España, se le repatriará hasta el lugar de inicio del viaje en España

1.5. Desplazamiento de un familiar o acompañante en caso de hospitalización

1.5.1 Si el estado del Asegurado enfermo o herido, requiere su hospitalización **durante un período superior a cinco días**, el Asegurador pondrá a disposición de un familiar del Asegurado, o de la persona que este designe, un billete de ida y vuelta, en avión (clase turista) o tren (1ª clase), para que pueda acompañarlo.

1.5.2 El Asegurador abonará, **contra la presentación de las correspondientes facturas**, una cantidad equivalente a los gastos de estancia del acompañante, **por valor de hasta 100€ al día, y hasta un máximo de 10 días.**

1.6. Convalecencia en hotel

Si el Asegurado enfermo o herido no puede regresar a su domicilio por prescripción médica, el Asegurador tomará a su cargo los gastos de hotel motivados por la prórroga de estancia, **hasta el límite de 100€ al día, y hasta un máximo de 10 días.**

1.7. Repatriación o transporte del Asegurado fallecido

En caso de defunción de un Asegurado, el Asegurador organizará el traslado del cuerpo hasta el lugar de inhumación en España y se hará cargo de los gastos del mismo. En dichos gastos se entenderán incluidos los de acondicionamiento post-mortem de acuerdo con los requisitos legales.

No estarán comprendidos los gastos de inhumación y ceremonia.

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

En el supuesto de que el Asegurado no tenga su residencia habitual en España, se le repatriará hasta el lugar de inicio del viaje en España.

1.8. Regreso anticipado por fallecimiento de un familiar

Si cualquiera de los Asegurados debe interrumpir su viaje a causa del fallecimiento de un familiar tal y como se define en esta póliza, el Asegurador tomará a su cargo el transporte, ida y vuelta, en avión (clase turista) o tren (1ª clase), desde el lugar en que se encuentre al de inhumación en España.

Alternativamente a su elección, el Asegurado podrá optar por dos billetes de avión (clase turista) o tren (1ª clase), hasta su domicilio habitual

1.9. Búsqueda, localización y envío de equipajes extraviados

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

1.10. Transmisión de mensajes urgentes

El Asegurador se hará cargo de transmitir los mensajes urgentes que le encarguen los Asegurados, a consecuencia de los siniestros cubiertos por las presentes garantías.

1.11. Envío de medicamentos en el extranjero

En el caso de que el Asegurado, estando en el extranjero, necesite un medicamento que no pueda adquirir en dicho lugar, el Asegurador se encargará de localizarlo y enviárselo por el conducto más rápido y con sujeción a las legislaciones locales.

Quedan excluidos los casos de abandono de fabricación del medicamento y su no disponibilidad en los canales habituales de distribución en España.

1.12. Información legal en el extranjero

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

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

2. Exclusiones

Las garantías concertadas no comprenden:

- a) Los hechos voluntariamente causados por el Asegurado o aquellos en que concurra dolo o culpa grave por parte del mismo.
- b) Las dolencias o enfermedades crónicas y/o preexistentes, así como sus consecuencias, padecidas por el Asegurado con anterioridad al inicio del viaje, excepto las expresamente cubiertas.
- c) La muerte por suicidio o las lesiones o enfermedades derivadas del intento o producidas intencionadamente por el Asegurado a sí mismo, y las derivadas de empresa criminal del Asegurado.
- d) Las enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión de alcohol, psicotrópicos, alucinógenos o cualquier droga o sustancia de similares características.
- e) Los tratamientos estéticos y el suministro o reposición de audífonos, lentillas, gafas, ortesis y prótesis en general, así como los gastos producidos por partos o embarazos y cualquier tipo de enfermedad mental.
- f) Las lesiones o enfermedades derivadas de la participación del Asegurado en apuestas, competiciones o pruebas deportivas y la práctica de actividades deportivas o de aventura no cubiertas expresamente.
- g) Los supuestos que dimanen, en forma directa o indirecta, de hechos producidos por energía nuclear, radiaciones radiactivas, catástrofes naturales, acciones bélicas, disturbios o actos terroristas.
- h) Las lesiones producidas por la práctica profesional de cualquier tipo de deporte.
- i) El rescate de personas en el mar, en la montaña o en zonas desérticas.
- j) Cualquier tipo de gasto médico o farmacéutico de importe inferior a 9,01€
- k) El uso de avión sanitario, excepto en Europa, y siempre según el criterio del equipo médico del Asegurador.

3. Límites

El Asegurador asumirá los gastos reseñados, **dentro de los límites establecidos y hasta la cantidad máxima contratada para cada caso.** Tratándose de hechos que tengan la misma causa y se hayan producido en un mismo tiempo, serán considerados como un siniestro único.

El Asegurador estará obligada al pago de la prestación, **salvo en el supuesto de que el siniestro haya sido causado por mala fe del Asegurado.**

En las garantías que supongan el pago de una cantidad líquida en dinero, el Asegurador está obligada a satisfacer la indemnización al término de las investigaciones y peritaciones necesarias para establecer la existencia del siniestro. En cualquier supuesto, el Asegurador abonará, dentro de los 40 días a partir de la recepción de la declaración del siniestro, el importe mínimo de lo que pueda deber, según las circunstancias por él conocidas. Si en el plazo de tres meses desde la producción del siniestro el Asegurador no hubiese realizado dicha indemnización por causa no justificada o que le fuere imputable, la indemnización se incrementará en un porcentaje equivalente al interés legal del dinero vigente en dicho momento, incrementado a su vez en un 50%.

4. Declaración de un siniestro

Ante la producción de un siniestro que pueda dar lugar a las prestaciones cubiertas, el Asegurado deberá, indispensablemente, comunicarse con el servicio telefónico de urgencia (34)93 485 89 58 indicando el nombre del Asegurado, número de póliza, lugar y número de teléfono donde se encuentra, y tipo de asistencia que precise. Esta comunicación podrá hacerse a cobro revertido.

En cualquier caso, **el Asegurador se reserva el derecho de solicitar al Asegurado la presentación de documentos o pruebas razonables con el objeto de hacer efectivo el pago de la prestación solicitada.**

5. Disposiciones adicionales

El Asegurador no asumirá obligación alguna en conexión con prestaciones que no le hayan sido solicitadas o que no hayan sido efectuadas con su acuerdo previo, salvo en casos de fuerza mayor debidamente justificados.

Cuando en la prestación de los servicios no fuera posible la intervención directa del Asegurador, esta estará obligada a reembolsar al Asegurado los gastos debidamente acreditados que deriven de tales servicios, dentro del plazo máximo de 40 días a partir de la presentación de los mismos.

6. Subrogación

Hasta la cuantía de las sumas desembolsadas en cumplimiento de las obligaciones derivadas de la presente póliza, el Asegurador quedará automáticamente subrogada en los derechos y acciones que puedan corresponder a los Asegurados o a sus herederos, así como a otros beneficiarios, contra terceras personas, físicas o jurídicas, como consecuencia del siniestro causante de la asistencia prestada.

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

7. Prescripción

Las acciones que se deriven del contrato de seguro prescribirán en el término de dos años si se trata de seguro de daños y de cinco si el seguro es de personas.

8. Prestación de los servicios.

Los servicios serán atendidos por **ARAG SE, SUCURSAL EN ESPAÑA, a través del teléfono (34) 93 485 89 58.**

ANEXO II. Servicios complementarios AvantSalud

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

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

- Call Center, personalizado a través de un teléfono línea 902 10 53 11 / 913 343 290 habilitado a tal efecto, en el que le informarán las 24 horas del día de los 365 días del año.
- Tarjeta personalizada. Cada usuario dispondrá de una tarjeta identificativa que le permita acceder a todos estos servicios baremados. En la misma aparecerá el logo de "AVANTSALUD" y el número 902 10 53 11 / 913 343 290 habilitado al efecto.
- Página Web. Este servicio, de uso restringido, dispondrá de una página web en la que el usuario puede consultar los distintos proveedores disponibles por localidades y los importes a abonar con carácter general por los servicios prestados.
- Prestación de servicios. Los servicios serán atendidos a través de la Organización hna SC.

DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS

1. Servicio Dental

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

Los servicios dentales gratuitos son:

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

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

2. Servicios de Bienestar

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

- Cirugía Refractiva con Láser Oftálmico.
- Reproducción Asistida. Tratamientos de Infertilidad.
- Termalismo y Balneoterapia.
- Centros de Medicina y Cirugía Estética.
- Tratamientos de deshabituación tabáquica.
- Psicología.
- Pedagogía.
- Logofoniatría.
- Centros de Óptica, Audífonos y Ortopedia.

- Naturopatía.
- Homeopatía.
- Acupuntura.

- Podología.
- Centros Deportivos.
- Veterinarios.

3. Servicio de Ayuda a Mayores

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

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

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

4. Segunda Opinión Médica

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

Este servicio cubre las siguientes enfermedades graves:

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

ANEXO III . Servicio de orientación médica telefónica

El asegurador pone a disposición del Asegurado un servicio telefónico permanente, atendido por profesionales médicos que le asesorarán sobre cualquier duda o consulta médica. Incluye también la coordinación de urgencias médicas y, en el caso que el equipo médico lo considere adecuado, el servicio de asistencia médica domiciliaria.

Los servicios serán atendidos a través del teléfono que se indica en la tarjeta sanitaria.