

Article 1. DEFINICIONS**Mutualitat**

PREVISORA GENERAL, Mutuallidad de Previsión Social, CIF V-58782145, amb domicili social a Barcelona, al carrer Balmes, 28 i titular del domini d'Internet www.previsorageneral.com.

La Mutualitat està inscrita al Registre Mercantil de Barcelona, al Foli 39, Volum 24.055, Full B-63.429, i la seva activitat està sotmesa al control administratiu de l'autoritat governativa competent d'acord amb la legislació vigent.

La Mutualitat és l'entitat asseguradora que assumeix les cobertures del risc objectiu d'aquest condicionat i garanteix el pagament de la indemnització corresponent.

Accident Qualsevol esdeveniment ocorregut durant la vigència d'aquesta pòlissa derivat d'una causa violenta, sobtada, externa i aliena a la intencionalitat de l'assegurat, que produeixi lesions corporals i faci necessari un tractament mèdic o quirúrgic.

Acte mèdic

Tota assistència sanitària realitzada per un professional de la medicina, prova mèdica diagnòstica o terapèutica, i/o tractament mèdic encaminat a la recuperació de l'estat de salut d'un assegurat.

Assegurat

Cada una de les persones físiques sobre les quals s'estipula la cobertura dels riscos o assistència.

Associat

És el prenedor de la pòlissa, persona física o jurídica que subscriu la pòlissa i forma part de la Mutualitat.

Assistència

L'acte d'atendre o tenir cura de la salut del malalt.

ATS/DUE

Professional legalment capacitat i autoritzat per a l'exercici de l'activitat d'infermeria.

Carència

Període de temps computat des de la data d'efecte de la pòlissa per a cada assegurat, durant el qual no són efectives determinades cobertures per a aquest assegurat.

Condicions particulars

El document que individualitza les cobertures per a cada assegurat. L'emet la Mutualitat per a cada assegurat que hagi estat acceptat, en funció de la sol·licitud d'assegurament i del qüestionari de salut que hagi lliurat per a la contractació de l'assegurança.

Malaltia

Qualsevol alteració de la salut de l'assegurat que no hagi estat causada per accident, que sigui diagnosticada per un metge i que faci necessari un tractament mèdic o quirúrgic.

Malaltia congènita

Qualsevol malaltia amb la qual neix l'assegurat perquè s'ha contret a l'úter matern o perquè té un origen genètic. Una afecció congènita es pot manifestar i ser reconeguda immediatament després del naixement o bé es pot descobrir més tard, en qualsevol període de la vida de l'assegurat.

Malaltia preexistent

Qualsevol malaltia que l'assegurat pateixi anteriorment a la contractació d'aquesta assegurança, diagnosticada o no per un metge.

Data d'efecte

És la data en què entra en vigor la cobertura pactada per a cadascun dels assegurats. En cap cas la cobertura entra en vigor anteriorment al moment en què el prenedor hagi satisfet la primera prima corresponent a l'esmentat assegurat.

Franquícia

L'import que ha de satisfer l'assegurat a l'assegurador per utilitzar els centres mèdics concertats, segons les condicions establertes en aquesta pòlissa.

Hospital

Qualsevol establiment autoritzat legalment per al tractament mèdic o quirúrgic de malalties o lesions corporals, atès permanentment per un metge. No es consideren hospitals, a l'efecte d'aquesta pòlissa, els hotels, els asils, les cases de repòs o de convalescència, els balnearis, les instal·lacions dedicades principalment a l'internament o tractament de malalties cròniques, drogodependents o alcohòlics, o institucions similars.

Hospitalització

S'entén per hospitalització a l'efecte d'aquest contracte la permanència de l'assegurat com a pacient en un hospital durant un període mínim de vint-i-quatre (24) hores.

Intervenció quirúrgica

Qualsevol operació mitjançant una incisió o una altra via d'abordatge intern efectuada per un metge i que requereixi l'ús d'una sala d'operacions.

Metge

Professional legalment capacitat i autoritzat per a l'exercici de la medicina al lloc en el qual practica.

Pòlissa

El document que conté les condicions que regulen l'assegurança. Les parts que integren la pòlissa són: aquestes condicions generals i les particulars, així com els suplementos o apèndixs que s'emetin per complementar-la o modificar-la.

Prima

És el preu de la cobertura l'import de la qual, juntament amb els impostos, taxes o recàrrecs que corresponguin, ha de satisfer el prenedor o l'assegurat segons les condicions que s'estableixen en aquesta pòlissa.

Pròtesi

Qualsevol aparell o dispositiu destinat a reparar i/o substituir artificialment la manca d'un òrgan o una part d'aquest.

Servei

L'activitat o especialitat mèdica destinada a atendre en cada moment les necessitats pròpies de la salut de l'assegurat.

Sinistre

Qualsevol fet les conseqüències del qual estan garantides per alguna de les modalitats objecte de la relació de protecció.

Prenedor

És la persona física o jurídica que contracta la cobertura del risc objecte d'aquesta pòlissa per a l'assegurat. El prenedor la pot contractar per compte propi o per compte d'altri, si bé en cas de dubte preval la presumpció que l'ha contractat per compte propi. Si el prenedor de l'assegurança i l'assegurat són persones diferents, les obligacions i els deures que deriven del contracte corresponen al prenedor.

Urgència

Necessitat immediata de tractament mèdic o quirúrgic, amb l'objectiu d'evitar un dany irreparable en la salut de l'assegurat.

Urgència vital

El canvi sobtat de l'estat de salut preexistent que si no rebés atenció mèdica immediata posaria en perill la vida de l'assegurat.

Article 2. COBERTURA

L'assegurança té validesa al quadre mèdic concertat per Previsora General a Espanya. L'assegurat també pot obtenir el reemborsament parcial de les despeses que es derivin de tractament mèdic o quirúrgic prestat a qualsevol país del món, si bé en tot cas l'assegurat ha de residir habitualment a Espanya.

1. La Mutualitat s'obliga a reembossar totalment o parcialment les despeses que es derivin d'un tractament mèdic o quirúrgic que, a conseqüència d'una malaltia o d'un accident, l'assegurat necessiti durant la vigència de la pòlissa i d'acord amb les condicions que s'hi recullen.

2. L'assegurat Pot obtenir el reembossament total o parcial de les despeses que es derivin d'un tractament mèdic o quirúrgic prestat en qualsevol país del món, per bé que en qualsevol cas l'assegurat ha de residir habitualment a Espanya. Pot escollir lliurement els serveis de l'hospital, metge o ATS/DUE que consideri més oportuns, sense perjudici de les autoritzacions que calguin. Així mateix, l'assegurat pot utilitzar el quadre mèdic concertat per la Mutualitat, i en aquest cas queda exonerat d'efectuar qualsevol pagament, ja que la Mutualitat liquida directament totes les despeses corresponents la utilització d'aquests serveis.

Article 3. PERSONES ASSEGURABLES

Poden contractar aquesta cobertura les persones que ho sol·licitin de fins a cinquanta-nou (59) anys.

La cobertura s'extingeix quan l'assegurat arriba a l'edat de seixanta-cinc (65) anys, i pot optar per contractar la pòlissa d'assistència sanitària de quadre mèdic que la Mutualitat tingui en vigor en aquell moment.

Article 4. GARANTIES

Sense perjudici de les limitacions, exclusions i períodes de carència previstos en aquestes condicions generals, la Mutualitat està obligada a cobrir el tractament mèdic o quirúrgic que correspongui a les següents especialitats i serveis:

A. Infermeria

La cobertura d'aquesta pòlissa inclou els serveis ambulatoris d'ATS/DUE.

B. Especialitats mèdiques

- 1. Al·lèrgologia i immunologia.** La cobertura d'aquesta pòlissa inclou les consultes, l'estudi i el tractament de malalties al·lèrgològiques. No inclou les despeses corresponents les vacunes, que són a càrrec de l'assegurat.
- 2. Anestesiologia i reanimació.** La cobertura d'aquesta pòlissa inclou les consultes i tota mena d'anestèsies prescrites per un facultatiu.
- 3. Angiologia i cirurgia vascular.** La cobertura d'aquesta pòlissa inclou les consultes, l'estudi, el tractament i les intervencions quirúrgiques al cor i als vasos sanguinis.
- 4. Aparell digestiu.** La cobertura d'aquesta pòlissa inclou les consultes, l'estudi i els tractaments relacionats amb l'aparell digestiu.
- 5. Cardiologia.** La cobertura d'aquesta pòlissa inclou les consultes, l'estudi i els tractaments derivats de les malalties del cor.
- 6. Cirurgia cardiovascular.** La cobertura d'aquesta pòlissa inclou les consultes, l'estudi, el tractament i les intervencions quirúrgiques que afecten el cor i/o els grans vasos.
- 7. Cirurgia general i digestiva.** La cobertura d'aquesta pòlissa inclou les consultes, l'estudi, el tractament i les intervencions quirúrgiques de l'aparell digestiu, i així mateix totes les intervencions quirúrgiques no compreses en altres cirurgies.
- 8. Cirurgia maxil·lofacial.** La cobertura d'aquesta pòlissa inclou les consultes, l'estudi, el tractament i les intervencions quirúrgiques maxil·lofacials i les extraccions de cordals. No inclou l'assistència i els tractaments inclosos a les especialitats d'estomatologia i d'odontologia.
- 9. Cirurgia pediàtrica.** La cobertura d'aquesta pòlissa inclou les consultes, l'estudi, el tractament i les intervencions quirúrgiques dels menors.
- 10. Cirurgia plàstica i reparadora.** La cobertura d'aquesta pòlissa inclou les consultes i les intervencions quirúrgiques de cirurgia plàstica i reparadora per restablir lesions, sempre que aquestes es derivin de malalties o accidents que ha patit l'assegurat durant el període de vigència del contracte. No inclou en cap cas la cirurgia estètica, ni tan sols en el cas que s'al·leguin raons purament psicològiques.
- 11. Cirurgia toràcica.** La cobertura d'aquesta pòlissa inclou les consultes, l'estudi, el tractament i les intervencions quirúrgiques de la cavitat toràcica.

12. Dermatologia. La cobertura d'aquesta pòlissa inclou les consultes, l'estudi i el tractament de les malalties de la pell. No hi són inclosos els tractament de l'alopecàcia ni les lesions derivades de l'acne.

13. Endocrinologia. La cobertura d'aquesta pòlissa inclou les consultes, l'estudi i el tractament de les malalties de les glàndules endocrines i del metabolisme, així com el tractament de l'obesitat mòrbida.

14. Geriatria. La cobertura d'aquesta pòlissa inclou les consultes, l'estudi i el tractament de les malalties pròpies de la vellesa. No s'hi inclouen les despeses generades durant l'estada a residències.

15 Hematologia i hemoteràpia. La cobertura d'aquesta pòlissa inclou les consultes, l'estudi i el tractament de les malalties de la sang.

16 Medicina general i medicina de família. Sense perjudici del que s'estableix per a cada categoria mèdica en particular, la cobertura d'aquest contracte inclou els serveis d'assistència general.

17. Medicina interna. La cobertura d'aquesta pòlissa inclou les consultes, l'estudi i els tractaments derivats de les malalties generals dels òrgans interns.

18. Nefrologia. La cobertura d'aquesta pòlissa inclou les consultes, l'estudi i el tractament de les malalties de l'aparell renal. No inclou l'estudi i el tractament de la diàlisi crònica.

19. Neonatologia. La cobertura d'aquesta pòlissa inclou les consultes, l'estudi i el tractament de les malalties del nadó, durant els primers quinze (15) dies de vida i sempre que el part hagi estat objecte de la cobertura d'aquest contracte.

20. Pneumologia. La cobertura d'aquesta pòlissa inclou les consultes, l'estudi i el tractament de les malalties de l'aparell respiratori.

21. Neurocirurgia. La cobertura d'aquesta pòlissa inclou les consultes, l'estudi, el tractament i les intervencions quirúrgiques del sistema nerviós.

22. Neurologia. La cobertura d'aquesta pòlissa inclou les consultes, l'estudi i el tractament de les malalties del sistema nerviós.

23. Obstetrícia i ginecologia. La cobertura d'aquesta pòlissa inclou:

- L'assistència al part normal o per cesària, incloent-hi l'anestèsia epidural.
- Els serveis necessaris per a la vigilància de l'embaràs per un metge tocòleg i l'assistència d'aquest als parts, sempre que aquests siguin objecte de la cobertura d'aquesta pòlissa.
- Les malalties dels òrgans genitals femenins.
- La planificació familiar, amb el control del tractament amb anovulatoris, la lligadura de trompes i la vasectomia, així com la col·locació i vigilància de DIU, que és a càrrec de l'assegurada, així com també ho és el cost dels medicaments.
- Una revisió ginecològica anual.
- Consultes per a la detecció de problemes d'infertilitat. No hi queden incloses les proves diagnòstiques.

24. Oftalmologia. La cobertura d'aquesta pòlissa inclou les consultes, l'estudi, el tractament i les intervencions quirúrgiques de les malalties dels ulls, així com una consulta anual per a la graduació de la vista. No hi són inclosos el tractament de mals congènits i les consultes per a l'adaptació d'ulleres o lentilles.

25 Oncologia mèdica. La cobertura d'aquesta pòlissa inclou les consultes, l'estudi, el tractament i les intervencions quirúrgiques de malalties tumorals.

26. Oncologia radioteràpica. La cobertura d'aquesta pòlissa inclou el tractament de malalties tumorals mitjançant radioteràpia.

27. Otorinolaringologia. La cobertura d'aquesta pòlissa inclou les consultes, l'estudi, el tractament i les intervencions quirúrgiques de les malalties de l'orella, de la laringe i del conducte nasal.

28. Pediatria i puericultura. La cobertura d'aquesta pòlissa inclou les consultes, l'estudi i el tractament de les malalties de menors. Les malalties congènites dels nadons, sempre que la Mutualitat cobreixi el part mitjançant productes PreviSalut – PreviSalut Or i l'assegurat titular n'hagi sol·licitat la inclusió al contracte en el termini de noranta (90) dies des del naixement.

29. Proctologia. La cobertura d'aquesta pòlissa inclou les consultes, l'estudi, el tractament i les intervencions quirúrgiques de les malalties relatives al recte.

30. Psiquiatria. La cobertura d'aquesta pòlissa inclou les consultes, l'estudi i el tractament de malalties mentals i nervioses sota prescripció facultativa. No hi són incloses les malalties psiquiàtriques cròniques.

31. Reumatologia. La cobertura d'aquesta pòlissa inclou les consultes, l'estudi, l'anàlisi i el tractament de les malalties reumàtiques.

32. Traumatologia i cirurgia ortopèdica. La cobertura d'aquesta pòlissa inclou les consultes, l'estudi, el tractament i les intervencions quirúrgiques dels traumatismes i de les alteracions osteoarticulars.

33. Urologia. La cobertura d'aquesta pòlissa inclou les consultes, l'estudi, el tractament i les intervencions quirúrgiques de les malalties de l'aparell urinari.

C. Hospitalització

Inclou la cobertura dels següents conceptes:

1. Despeses per honoraris de metges, d'ajudants, d'anestesisistes, d'ATS, de DUE, per ús de la sala d'operacions, material, medicaments i qualsevol altre servei mèdic prestat durant l'hospitalització.
2. Despeses per estada hospitalària en una habitació individual amb un llit per a un acompanyant.
3. Despeses per estada hospitalària a la unitat de vigilància intensiva (UVI) o a la unitat de cures intensives (UCI)
4. Despeses per estada del nadó a la incubadora.

Això no obstant, no hi és inclòs el llit de l'acompanyant en els supòsits d'hospitalització a la unitat de vigilància intensiva (UVI) o a la unitat de cures intensives (UCI), d'hospitalització psiquiàtrica o d'estada del nadó a la incubadora.

En cap cas es reembossen les despeses corresponents a l'ús del telèfon, del televisor, de la cafeteria, la manutenció de l'acompanyant o qualsevol altra despesa no relacionada directament amb el tractament de la malaltia o l'accident.

D. Mitjans de diagnòstic

- 1. Anàlisis clíniques, anatomopatològiques i biològiques.** La cobertura d'aquesta pòlissa inclou les despeses que es deriven d'anàlisis clíniques, anatomopatològiques i biològiques.
- 2. Radiodiagnòstic.** La cobertura d'aquesta pòlissa inclou els següents mitjans de radiodiagnòstic: radiologia simple i contrastada, ecografia, mamografia, escàner (TAC), ressonància magnètica (RMN), angiografia, arteriografia digital, medicina nuclear, PET. La cobertura d'aquesta pòlissa inclou els medis de contrast que hagin estat subministrats pel centre mèdic que ha concertat la Mutualitat.
- 3. Cardiologia.** La cobertura d'aquesta pòlissa inclou els següents mitjans de diagnòstic en l'especialitat de cardiologia: electrocardiograma, Holter TA i Holter ECG, prova d'esforç, ecocardiograma i ecografia Doppler, estudis hemodinàmics.
- 4. Neurofisiologia clínica.** La cobertura d'aquesta pòlissa inclou els següents mitjans de diagnòstic en la neurofisiologia clínica: electroencefalograma, electromiograma, potencials evocats, polisomnografia (estudi del son).
- 5. Endoscòpia.** La cobertura d'aquesta pòlissa inclou els serveis d'endoscòpia.
- 6. Urodinàmica.** La cobertura d'aquesta pòlissa inclou els estudis urodinàmics.

E. Altres serveis

- 1. Ambulàncies.** La cobertura d'aquesta pòlissa inclou els trasllats amb ambulància terrestre sempre que estiguin motivats per situacions d'urgència.
- 2. Logopèdia i foniatria.** La cobertura d'aquesta pòlissa inclou el tractament de la logopèdia i foniatria exclusivament en els casos de rehabilitació posterior a la laringectomia.
- 3. Llevadores.** La cobertura d'aquesta pòlissa inclou el servei de llevadores a l'assistència al part.
- 4. Podologia.** La cobertura d'aquesta pòlissa inclou sis quiropòdies anuals.
- 5. Preparació al part.** La cobertura d'aquesta pòlissa inclou les despeses per assistència a programes de preparació al part.
- 6. Medicina preventiva.** La cobertura d'aquesta pòlissa inclou una revisió mèdica anual sempre que es faci en un centre mèdic concertat per la Mutualitat. Aquesta revisió mèdica inclou una exploració física completa, una anàlisi elemental de sang i orina i un electrocardiograma.
- 7. Pròtesis.** La cobertura d'aquesta pòlissa inclou el cost de les següents pròtesis: vàlvules cardíaques, marcapassos, *bypass* vascular, material d'osteosíntesi i pròtesis internes traumatològiques, lent intraocular monofocal bàsica i malles en cas de cirurgia d'hèrnies i incontinència urinària.

8. Trasplantaments. En qualsevol trasplantament s'exclouen, expressament, tots els tràmits per a la gestió i obtenció de l'òrgan que s'ha de trasplantar, així com el cost d'aquest. La cobertura d'aquesta pòlissa inclou tots els trasplantaments d'òrgans: trasplantament de ronyó, trasplantament de còrnia, trasplantament de medul·la òssia.

En qualsevol cas, se n'exclouen els trasplantaments efectuats en centres de titularitat pública o de concertació amb entitats públiques.

F. TRACTAMENTS ESPECIALS

Són objecte de la cobertura d'aquesta pòlissa, sempre que les hagi prescrit un facultatiu, les despeses derivades dels següents tractaments especials:

- 1. Aerosolteràpia, ventiloteràpia i oxigenoteràpia.** La cobertura d'aquesta pòlissa inclou els serveis d'aerosolteràpia, ventiloteràpia i oxigenoteràpia a domicili, però la medicació va a càrrec de l'assegurat.
- 2. Diàlisi i ronyó artificial.** La cobertura d'aquesta pòlissa inclou els tractaments de diàlisi i ronyó artificial, només en processos aguts.
- 3. Fisioteràpia i tractaments de rehabilitació.** Prèvia prescripció d'un facultatiu del quadre mèdic. Inclou la rehabilitació i la fisioteràpia de l'aparell locomotor, la rehabilitació del sòl pèlvic i la rehabilitació cardíaca (exclusivament per a recuperació immediata en pacients que hagin patit un infart agut de miocardi i/o cirurgia cardíaca amb circulació extracòrpora, coberts prèviament per aquesta pòlissa).
- 4. Litotrícia renal.** La cobertura d'aquesta pòlissa inclou les operacions de polvorització dins de les vies urinàries, el ronyó o la vesícula biliar, de les pedres o càlculs que hi hagi en aquests òrgans.
- 5. Nutrició parenteral.** La cobertura d'aquesta pòlissa inclou, durant el període d'hospitalització, les despeses derivades de l'alimentació administrada per una via diferent de la digestiva o intestinal.
- 6. Interrupció de l'embaràs.** La cobertura d'aquesta pòlissa inclou les despeses que es derivin de la interrupció de l'embaràs, només en els casos establerts a la legislació vigent.
- 7. Radioteràpia, cobaltoteràpia i quimioteràpia.** La cobertura d'aquesta pòlissa inclou els serveis de radioteràpia, cobaltoteràpia i quimioteràpia, i en queda inclosa la medicació.
- 8. Transfusions de sang o plasma.** La cobertura d'aquesta pòlissa inclou les transfusions de sang o plasma derivades de l'hospitalització de l'assegurat.
- 9. Tractament del dolor.** La cobertura d'aquesta pòlissa inclou les tècniques diagnòstiques i terapèutiques per al tractament simptomàtic pal·liatiu del dolor.
- 10. Làserteràpia.** Queda inclosa únicament en tractaments de fotocoagulació en oftalmologia, en la rehabilitació múscul esquelètica, el làser quirúrgic en cirurgia vascular perifèrica, coloproctologia, intervencions quirúrgiques ginecològiques, otorrinolaringològiques i dermatològiques
- 11. Teràpies cicatrització ferides.** Queda inclosa la teràpia VAC i la teràpia Pressió Negativa Pico per ferides de difícil cicatrització sempre que siguin per prescripció facultativa i el seu ús estigui justificat.
- 12. Marcatge de tumoració mamària per tècnica Roll,** només en els casos de marcatges especials perquè no visualització clara dels nòduls amb els marcatges habituals.

G. Urgències Es cobreixen les situacions d'urgència en els centres designats per la Mutualitat al quadre mèdic. En aquests casos no són aplicables els períodes de carència.

Article 5. EXCLUSIONS

1. Queden excloses de l'assegurança les despeses causades pels tractaments mèdics o quirúrgics següents:

- Els que derivin de **malalties, lesions o discapacitats preexistents**, tret que s'hagi declarat al qüestionari de salut i que la Mutualitat n'hagi acceptat expressament la cobertura a les condicions particulars.
- Tots els **actes mèdics amb finalitats estètiques** o bàsicament estètics, així com tots els actes mèdics prestats en centres de medicina estètica o dermatologia cosmètica. Els tractaments de varius amb finalitats estètiques, les cures per aprimar-se ambulatories o en règim d'internament, i els tractaments dermoestètics, en general, inclosos els tractaments capil·lars. La cirurgia de canvi de sexe. Queda exclosa la correcció quirúrgica de la miopia, astigmatisme, hipermetropia i presbícia, així com la ortoqueratologia i l'estètica dental. També s' exclou la correcció quirúrgica de la refracció ocular. A més de les conseqüències i complicacions derivades de totes les exclusions recollides en aquest apartat.

- **Les consultes odontològiques, els tractaments odontològics i estomatològics i les proves específiques dentàries**, llevat de les ortopantomografies fetes en hospitals o centres de radiologia.
-
- Els corresponents al **tractament o teràpia de drogoaddicció o alcoholisme, així com malalties o accidents que siguin conseqüència d'aquests**.
- Les **lesions que l'assegurat s'autoinfligeixi o siguin conseqüència de l'intent de suïcidi, de qualsevol accident causat per mala fe o intencionadament per l'assegurat, de la seva participació en baralles o d'activitats delictives**.
- Els que **derivin de guerres, revolucions, terrorisme o alçament, fenòmens naturals** com terratrèmols, inundacions, erupcions volcàniques i fenòmens meteorològics o de radiació nuclear o contaminació radioactiva.
- Els que derivin **d'epidèmies declarades oficialment**.
- Per **esterilitat o infertilitat**, com la fecundació *in vitro* (FIV), la inseminació artificial, la microinjecció espermàtica i similars.
- Només queda coberta la **síndrome d'immunodeficiència adquirida (SIDA), complex relacionat amb la SIDA, i també les conseqüències que té, fins al límit que s'indica a l'article 8.12 d'aquest condicionat**. Les despeses corresponents a la medicació són a càrrec de l'assegurat, llevat del cas d'hospitalització.
- **Les malalties o accidents ocasionats per la participació de l'assegurat a carreres o apostes, i la pràctica professional de qualsevol esport**.
- Els corresponents a **exàmens mèdics que no tinguin una finalitat curativa**, com l'obtenció del carnet de conduir, proves de paternitat i proves similars.
- Els que corresponguin a les anomenades "**teràpies alternatives**", com ara homeopatia, acupuntura, quiropràctica, digitopuntura, fitoteràpia, quiromassatge, drenatge limfàtic, mesoteràpia, gimnàstica, l'osteopatia, la hidroteràpia, els parts alternatius (en el domicili, aquàtics, etc), l'oxigenoteràpia trifàsica, la pressoteràpia, l'ozonoteràpia, la ortòptica, i altres prestacions similars, o de semblant índole.
- Els que corresponguin a **tècniques de psicoanàlisi, hipnosis, sofrologia, narcolèpsia i tests psicològics**
- Els que corresponguin a honoraris per **tractaments o diagnòstics en balnearis o cures de repòs**, encara que els hagi prescrit un metge.
- Assistència i tractament hospitalari per motius socials**.
- Totes les **tècniques que utilitzin làser**, excepte el que s'ha indicat al punt F-10 dels tractaments especials.
- La **cirurgia robòtica, guiada per imatges o assistida per un ordinador o navegador virtual (excepte els neuronavegadors que si estan inclosos)**. Les **teràpies assistides per robots o mitjançant sistemes computeritzats**. La **tècnica de diagnòstic per càpsula endoscòpica**. La **biòpsia prostàtica per fusió (si queda coberta en casos d'elevada sospita clínica de càncer de pròstata, acreditada per valors del PSA*, i valors en RMN multiparametria de nivell 3-4)**.
- * **Elevació PSA total > 10 ng/ml i/o elevació persistent (més de sis mesos) del PSA total entre 4 i 10 ng/ml i/o coeficients PSA lliure/total < 0,2)**
- Els tractaments de **fisioteràpia i/o rehabilitació, quan s'hagi aconseguit la recuperació funcional o el màxim possible, així com la rehabilitació neuropsicològica o estimulació cognitiva**. En qualsevol cas, s'exclou la rehabilitació en patologies cròniques i/o quan el procés estigui en estat d'estabilització insuperable, d'acord amb un informe mèdic, exceptuant els casos de reagutzació del procés.
- Els que corresponguin a **proves o tests genètics** que tinguin com a finalitat conèixer la predisposició de l'assegurat o de la seva descendència a patir algunes malalties relacionades amb el mapa genètic.
- Totes les **proves genètiques que es trobin en fase d'investigació** o que la seva utilitat no estigui demostrada
- Totes les **proves diagnòstiques i/o terapèutics, l'ús de les quals no sigui l'habitual y/o no estigui generalitzat y/o no sigui acceptat per la majoria dels centres del Sistema Nacional de Salut d'Espanya y/o depenents de les Comunitats Autònomes**.
- En queden excloses les **malalties psiquiàtriques cròniques**.

- En queden exclosos els **tractaments de diàlisi i ronyó artificial en processos crònics**.
- En cap cas hi són incloses les **despeses ginecològiques i obstètriques generades per una assegurada que estiguis embarassada abans de subscriure aquesta pòlissa**.
- **Queden excloses totes les visites, tractaments i proves sol·licitades i/o realitzades per l'especialitat de medicina de l'esport, com la fisioteràpia de readaptació, les infiltracions amb àcid hialurònic, les infiltracions de factors de creixement i altres tractaments similars.**

2. Així mateix, se n'exclou la cobertura de qualsevol despesa mèdica o quirúrgica:

- **Meritada mentre la cobertura es trobava suspesa per impagament de primes.**
- **Que correspongui a serveis prestats pel cònjuge o parents de l'assegurat, fins al tercer grau de consanguinitat o afinitat.**
- **Queda exclosa l'assistència sanitària en centres privats no concertats, i la prestada en hospitals, centres i altres establiments de titularitat pública integrats en el Sistema Nacional de Salut d'Espanya i/o dependents de les Comunitats Autònomes.**
En tot cas Previsora General Mutualitat de Previsió Social es reserva la facultat de reclamar a l'assegurat el recobriment de les despeses d'assistència que hagi hagut d'abonar al sistema sanitari públic, per l'assistència medicoquirúrgica i hospitalària prestada

Article 6. LIMITACIONS AL QUADRE MÈDIC

La prestació es garantirà sempre que el procés estigui cobert pel present condicionat i es produeixi en el transcurs de vigència de la pòlissa, **establint-se un màxim anual per assegurat de dos-cents cinquanta mil (250.000) euros per despeses sanitàries.**

1. Per hospitalització psiquiàtrica: seixanta (60) dies l'any.
2. Per logopèdia i foniatria: un període màxim de sis (6) mesos.
3. Per diàlisi i ronyó artificial només en processos aguts.
- 4-Queda exclosa la cirurgia oftalmològica amb làser de miopia, astigmatisme i/o hipermetropia

Article 7. REEMBOSSAMENT

1. La Mutualitat reembossa a l'assegurat el 90% de les despeses que aquest ha satisfet per la seva hospitalització en territori espanyol, la cobertura de la qual estigui inclosa en aquest contracte.

2. La Mutualitat reembossa a l'assegurat el 80% de la resta de despeses (no hospitalàries) que aquest ha satisfet en territori espanyol i per a qualsevol mena de despeses generades a l'estranger, la cobertura de les quals estigui inclosa en aquest contracte.

Article 8. LIMITACIONS AL REEMBOSSAMENT

Independentment dels percentatges de reembossament que s'han recollit a l'apartat anterior, l'import que la Mutualitat reembossa per la utilització de determinats serveis o especialitats no sobrepassa els següents límits:

1. Per despeses satisfetes per l'assegurat, tant dins com fora del territori espanyol, corresponents a les cobertures incloses en aquest contracte: 150.000 euros anuals.
2. Per honoraris derivats d'intervenció quirúrgica, 130.000 euros anuals. A més, conformement a la classificació d'actes i tècniques mèdiques de l'Organització Mèdica Col·legial d'Espanya (OMC), s'estableixen els següents grups amb els respectius límits de reembossament per acte mèdic:

Cirurgia ambulant i menor	
Grup 0	150 euros
Grup 1	210 euros
Grup 2	510 euros

Cirurgia mitjana
Grup 3 1.050 euros
Grup 4 1.680 euros

Cirurgia major
Grup 5 2.100 euros
Grup 6 2.700 euros
Grup 7 5.000 euros

Gran cirurgia
Grup 8 9.000 euros

3. Per honoraris en procés no quirúrgic: 90 euros/dia.

4. Per honoraris en medicina ambulatoria: 20.000 euros l'any, amb els següents límits parcials.

Consulta medicina general	100 euros
Consulta especialista	150 euros
Consulta pediàtrica	150 euros
Consulta psiquiàtrica	150 euros

5. Per despeses per hospitalització, s'estableixen els límits específics detallats a continuació.

Estada mèdica	180 euros/dia.
Estada UVI	360 euros/dia.
Estada pediàtrica	180 euros/dia.
Estada psiquiàtrica	180 euros/dia.
Estada hospitalària de dia	180 euros/dia.
Part normal	2.100 euros.
Part per cesària	3.000 euros.

6. Per cirurgia amb làser de miopia, astigmatisme i/o hipermetropia: 750 euros per cada ull.

7. Per logopèdia i foniatria: un període màxim de 6 mesos.

8. Per preparació al part: 180 euros per embaràs.

9. Per malalties congènites del nadó, sempre que el part estigui cobert per aquesta pòlissa d'assegurança i l'assegurat titular n'hagi sol·licitat la inclusió al contracte en el termini de 30 dies des del naixement: amb un límit 6.000 euros.

10. Per pròtesis: 6.000 euros anuals.

11. Per fisioteràpia i rehabilitació: 750 euros anuals.

12. En cas de síndrome d'immunodeficiència adquirida (SIDA):

Despeses ambulatories	3.000 euros/any
Despeses hospitalàries	6.000 euros/any

Article 9. PERÍODES DE CARÈNCIA

La Mutualitat està obligada a assumir les despeses mèdiques o quirúrgiques que són objecte de cobertura en aquesta pòlissa des de la data d'efecte per a cada assegurat. Això no obstant, s'estableixen els següents períodes de carència. a comptar de la d'alta de l'assegurat, per als serveis o especialitats que s'indiquen a continuació:

1. Deu (10) mesos per a l'hospitalització.

2. Deu (10) mesos per a la realització d'intervencions quirúrgiques.

3. Sis (6) mesos per als següents mitjans de diagnòstic d'alta tecnologia: escàner (TAC), ressonància magnètica (RMN), angiografia, arteriografia digital, medicina nuclear, polisomnografia, PET, electromiografia, potenciadors evocats, gammagrafia i analítiques especials.

4. Sis (6) mesos per als tractaments especials recollits a l'article 4-F d'aquest condicionat.

5. Sis (6) mesos per a la planificació familiar.
6. Deu (10) mesos per a les despeses derivades del part.

Article 10. BESTRETES

1. L'assegurat pot sol·licitar a l'assegurador una bestreta per atendre el pagament de despeses per actes o serveis mèdics coberts per aquesta pòlissa que es prevegi que tindran un cost superior a 600 euros.
2. Juntament amb la sol·licitud cal presentar un pressupost elaborat pel centre mèdic o facultatiu que hi intervingui. Si s'ha exigit a l'assegurat un dipòsit previ, n'hi ha prou de presentar el document en què aquest es justifica.
3. La Mutualitat concedeix com a màxim una bestreta del 60% de la quantitat que se sol·licita, si prèviament l'assegurat o el seu representant signen un document en el qual es reconeix que s'ha entregat la bestreta.
4. La Mutualitat es reserva el dret de compensar la bestreta concedida a l'assegurat en els primers reembossaments de despeses mèdiques que aquest li sol·liciti.

Si, per qualsevol circumstància, no es dugués a terme l'acte mèdic per al qual s'havia sol·licitat la bestreta, l'assegurat l'ha de reintegrar immediatament.

Article 11. PRESTACIONS

1. La Mutualitat efectua el reembossament de les despeses mitjançant una transferència bancària al compte corrent facilitat pel prenedor a la sol·licitud d'assegurament.
2. Per obtenir el reembossament de les despeses cobertes per aquesta assegurança, el prenedor o l'assegurat han d'emplenar la corresponent sol·licitud de reembossament, segons el model de la Mutualitat, a la qual s'hi han d'adjuntar necessàriament les prescripcions mèdiques originals, les factures originals corresponents i tots els informes mèdics pertinents relatius a aquestes factures. Les factures corresponents han de tenir els requisits que exigeix en cada moment la normativa tributària i, en qualsevol cas, han d'incloure les dades identificatives de la persona física que ha prestat el servei (nom i cognoms, denominació social, número d'identificació fiscal, domicili, número de col·legiat i especialitat mèdica), de l'assegurat destinatari del servei (nom i cognoms) i de l'acte mèdic que s'ha prestat (descripció, data i cost). En tot cas, la Mutualitat pot sol·licitar a l'assegurat tota la informació que cregui necessària per complementar la documentació lliurada. L'assegurat autoritza l'assegurador per sol·licitar aquesta informació directament als qui hagin prestat el servei i els allibera, si escau, de l'obligació del secret professional, i també autoritza que els metges designats pel mateix assegurador facin les revisions o els exàmens mèdics que creguin oportuns.
3. Els assegurats o la persona que els representa han de comunicar prèviament a la Mutualitat qualsevol intervenció quirúrgica o hospitalització de l'assegurat per tal que aquesta els autoritzi. En el supòsit d'urgència, cal realitzar aquesta comunicació en un termini màxim de 7 dies. La comunicació ha de comprendre tots els detalls sobre el procés que ha determinat la intervenció quirúrgica o l'hospitalització i tantes dades com calgui o com requereixi la Mutualitat.
4. El prenedor o l'assegurat tenen un termini de 2 mesos per presentar la sol·licitud de reembossament.

Article 12. QUADRE MÈDIC I AUTORITZACIONS

1. La Mutualitat pot establir acords amb hospitals, metges, ATS/DUE, laboratoris d'anàlisi o qualsevol altre centre o professional els serveis del qual puguin estar coberts per aquest contracte. Amb aquests acords, la Mutualitat configura el quadre mèdic d'aquest producte, que es facilitarà al prenedor i als assegurats. El quadre mèdic està subjecte a variacions, fonamentalment altes i baixes de professionals de centres mèdics i/o hospitals.

El mutualista pot consultar el quadre mèdic al web de Previsora General www.previsorageneral.com

2. La Mutualitat proporciona a cada assegurat una targeta sanitària, on hi podria anar una fotografia digital de l'assegurat. Aquesta targeta és propietat de la Mutualitat i el seu ús és personal i intransferible. L'assegurat ha de comunicar immediatament la pèrdua o robatori de la targeta en un termini de setanta-dues (72) hores, perquè la Mutualitat l'anul·li. La Mutualitat no és responsable de l'ús indegut o fraudulent de la targeta en aquests supòsits. L'assegurat ha de tornar en un termini de setanta-dues (72) hores la targeta sanitària en el moment en què s'acabi aquesta pòlissa d'assegurança.

3. L'assegurat està obligat a presentar aquesta targeta sanitària quan vulgui fer servir qualsevol dels serveis concertats al quadre mèdic. La Mutualitat liquida directament totes les despeses corresponents a la utilització d'aquests serveis i queda exonerada de fer cap reembossament de les despeses que l'assegurat hagi pogut satisfer pel fet de no presentar la seva targeta sanitària, així com la quantitat que hagi abonat per a millores sol·licitades per ell mateix i no compreses en els acords firmats per la Mutualitat per a la confecció del quadre mèdic.

4. Els assegurats o la persona que els representa han de comunicar a la Mutualitat, en el termini màxim de 72 hores d'antelació, qualsevol intervenció quirúrgica o hospitalització de l'assegurat en un centre del quadre mèdic per tal que aquesta els autoritzi. En el supòsit d'urgència, cal realitzar aquesta comunicació en un termini màxim de 7 dies. La comunicació ha de comprendre tots els detalls sobre el procés que ha determinat la intervenció quirúrgica o l'hospitalització i tantes dades com calgui o com requereixi la Mutualitat.

5. Els mitjans diagnòstics i tractaments especials que necessiten autorització prèvia de la Mutualitat per tal que es puguin realitzar són els següents:

- Anàlisis clíniques: (excepte Cariotips, Genotips i Biologia Molecular).
- Radiologia convencional sense contrast i ecografies.
- Actes i exploracions que es realitzin a la consulta de forma habitual i en les que no sigui necessària sedació (audiometria, campimetria, citologia, electrocardiograma, gonioscopia, infiltracions de traumatologia, immobilitzacions, punció evacuadora, reducció de fractures, sondatge lacrimal, etc.)

La sol·licitud d'autorització de l'assegurat s'ha d'acompanyar necessàriament de la prescripció mèdica corresponent i es realitzarà en un termini màxim de 72 hores a la realització de l'acte mèdic. En supòsits **d'urgència, aquesta autorització s'ha de sol·licitar inexcusablement en el termini màxim de 3 dies des del moment en què s'hagi produït aquesta urgència.**

La Mutualitat, un cop rebuda la sol·licitud d'autorització, disposa de 72 hores hàbils per autoritzar la prestació i, si cal per part de l'Àrea d'Inspecció Mèdica, demanar els informes mèdics que es considerin necessaris. La Mutualitat remetrà, si s'escau,

l'autorització directament al facultatiu o centre que hagi de realitzar la prestació sol·licitada. L'assegurat ha de lliurar la recepta al facultatiu o centre que hagi de realitzar la prestació quan es procedeixi a aquest.

Per al compliment de les garanties contractades, l'assegurat autoritza expressament que les seves dades de caràcter personal, incloses les de salut, puguin ser comunicades, prèviament, entre l'entitat asseguradora i els metges, centres sanitaris, hospitals o altres institucions o persones. Les dades han de ser adequades, pertinents i no excessives per a les finalitats expressades en relació amb el contracte d'assegurança, la llei reguladora obliga l'assegurat a informar a la Mutualitat de les causes que motiven la prestació, perquè pugui sol·licitar dels prestadors dels serveis sanitaris aquesta informació per al compliment d'aquests fins en relació amb la seva salut i el tractament sanitari que estigui rebent.

Article 13. DURADA DEL CONTRACTE I RESCISSIÓ

El contracte entra en vigor en la data i hora assenyalades en el contracte d'assegurança un cop signada la pòlissa i satisfet a l'assegurador el pagament del primer rebut de la prima.

La cobertura pactada tindrà una durada d'un any, entenent-se prorrogada per períodes anuals, llevat que alguna de les parts notifiqui per escrit a l'altra part, l'oposició a la pròrroga del contracte amb un mes d'antelació a la finalització del període de l'assegurança quan qui s'oposi a la pròrroga sigui el prenedor, i de dos mesos quan sigui l'assegurador.

A cada venciment de la pòlissa, la Mutualitat, per les vies legals previstes, pot modificar els condicionats a què està subjecta la pòlissa.

Les modificacions seran vinculants per a ambdues parts contractants. A cada pròrroga es revisarà si les pòlisses d'assegurança i les seves condicions generals i particulars estan degudament signades i, si no fos així, la Mutualitat podrà exigir la signatura del contracte. Si el prenedor no signa la pòlissa, la Mutualitat podria anul·lar la pòlissa i, si escau, tornar la prima corresponent.

Article 14. DE LA PRIMA DE L'ASSEGURANÇA

Pagament de la prima

El Prenedor de l'assegurança o l'assegurat, si s'escau, està obligat al pagament de la primera prima o de la prima única en el moment de la perfecció del contracte. Les primes successives s'han de fer efectives en els seus corresponents venciments.

Si per culpa del prenedor o de l'assegurat, si escau, la primera prima no ha estat pagada, o la prima única no ho ha estat al seu venciment, el Mutualitat té dret a resoldre el contracte o a exigir el pagament de la prima deguda en via executiva amb base a la pòlissa. En tot cas, i llevat de pacte en contra en condició particular, si la prima no ha estat pagada abans que es produeixi el sinistre, la Mutualitat quedarà alliberada de la seva obligació.

En cas de manca de pagament d'una de les primes següents a la primera, o l'impagament de qualsevol dels fraccionaments de la mateixa, la cobertura quedarà suspesa a partir del transcurs d'un mes després del dia del seu venciment. Si la Mutualitat no reclama el pagament dins dels sis mesos següents al venciment de la prima, s'entendrà que el contracte queda extingit ex lege.

Si la pòlissa s'anul·lés per causes alienes a la Mutualitat, abans d'acabar qualsevol anualitat d'assegurança, el prenedor de l'assegurança o l'Assegurat haurà de satisfer les fraccions de prima que faltin per completar l'import de la prima anual.

Podrà convenir el cobrament dels rebuts de prima mitjançant domiciliació bancària, en el suposat el prenedor de l'assegurança ha de lliurar a la Mutualitat una carta dirigida a l'establiment bancari donant l'ordre oportuna a aquest efecte, obligant-se a notificar a la Mutualitat les modificacions de la domiciliació. L'impagament derivat de l'incompliment d'aquesta obligació no perjudicarà la Mutualitat, i pel que fa a les seves conseqüències al que s'estableix per l'impagament de primes.

L'assegurador, d'acord amb les seves bases tècniques, pot actualitzar anualment la prima, en funció de criteris estadístics i financers, i estableix l'equivalència actuarial per fixar la prima. Aquesta actualització es fonamentarà en l'augment de la freqüència de les prestacions, la

incorporació de noves cobertures o qualsevol altra paràmetre de conseqüències similars. En qualsevol cas, es tenen en compte els principis d'indivisiibilitat, invariabilitat, suficiència i equitat.

Amb independència de les esmentades actualitzacions, la prima o quota anual s'estableix en cada renovació tenint en compte l'edat assolida per l'assegurat, aplicant-se la tarifa de primes o quotes que la Mutualitat tingui en vigor en la data de cada renovació. El mutualista presta conformitat expressa a les variacions que, per aquest motiu, es produeixen en l'import de les primes o quotes.

Si per causes alienes a la Mutualitat, el prestador del servei sanitari incrementa o disminueix la seva política de preus, la Mutualitat podrà, mitjançant les vies legals i/o reglamentaris previstos, variar l'import de la prima durant l'anualitat en curs.

El pagament dels tributs legalment repercutibles de qualsevol naturalesa, creats o per crear, que es meritin per raó d'aquesta assegurança o en relació amb la mateixa, seran satisfets pel prenedor o, si s'escau, per l'assegurat.

Article 15. COMUNICACIONS

1. Totes les comunicacions derivades d'aquesta pòlissa s'han de fer per escrit.
2. Les comunicacions a l'assegurador es dirigeixen al domicili d'aquest o a les seves oficines, que apareixen a les condicions particulars.
3. Les comunicacions al prenedor i a l'assegurat s'han de dirigir al domicili que apareix a les condicions particulars, llevat que s'hagi notificat el canvi de manera fefaent.

Article 16. NORMATIVA APLICABLE

Aquest contracte es regeix, en general, per les normes de tota mena vigents en cada moment, d'àmbit comunitari, estatal o autonòmic.

En particular, seran d'aplicació la Llei 50/1980 de contracte d'assegurança, la Llei 20/2015, de 14 de juliol, d'ordenació, supervisió i solvència de les entitats asseguradores, el Reial Decret 1060/2015 de 20 de novembre, d'ordenació, supervisió i solvència de les entitats asseguradores i reasseguradores, el Reial Decret Legislatiu 6/2004 que aprova Llei d'ordenació i supervisió de les assegurances privades, el Reial Decret 2486/1998 que aprova el Reglament d'ordenació i supervisió de les assegurances privades, el Reial Decret 1430/2002 que aprova el Reglament Mutualitats de Previsió Social, el Reial Decret 303/2004 que aprova el Reglament dels comissionats per la defensa del client de serveis financers i l'Ordre ECO 734/2004 Departament i Serveis d'Atenció i Defensor del Client i per la Llei Orgànica 15/1999 de Protecció de Dades de Caràcter Personal i el Reial Decret 1720/2007, de 21 de desembre de desenvolupament de la Llei Orgànica de Protecció de Dades.

Quant al règim fiscal, són aplicables el Reial decret legislatiu 3/2004 que aprova la Llei de l'impost sobre la renda de les persones físiques i el Reial decret 1775/2004 que aprova el seu Reglament, així com si és el cas, la Llei 29/1987 de l'impost sobre successions i donacions o les normes tributàries que les modifiquin o que puguin substituir-les.

Aquest condicionat conté les condicions aplicables a la relació de protecció entre la Mutualitat i l'associat/prenedor, l'assegurat i, si és el cas, el beneficiari. Aquestes normes s'han d'interpretar i aplicar d'acord amb les disposicions legals i reglamentàries de l'activitat de previsió social.

La Mutualitat ha celebrat el contracte i elaborat la pòlissa d'acord amb la Sol·licitud del prenedor de l'assegurança i en base a les seves respostes al Qüestionari previ corresponent, així com en base a les declaracions que sobre el seu estat de salut formuli l'assegurat al qüestionari o reconeixement mèdic oportú, úniques dades conegudes per la Mutualitat i d'aquí la importància d'una exacta i correcta declaració.

Article 17. TRACTAMENT DE DADES PERSONALS

Aquesta clàusula s'incorpora a l'Annex adjunt segons la normativa vigent.

Article 18. EXONERACIÓ DE RESPONSABILITAT

Els professionals, centres i serveis sanitaris degudament autoritzats que la Mutualitat posa a disposició de l'assegurat, a través del quadre mèdic al que s'adhereix la pòlissa, i dels que aquesta sol·licita assistència gaudeixen de plena autonomia, independència i responsabilitat en la prestació de l'assistència sanitària.

En conseqüència, **PREVISORA GENERAL MUTUALITAT DE PREVISIÓ SOCIAL no respondrà en cap cas dels actes o omissions dels professionals i centres i serveis sanitaris abans esmentats**, sent la relació entre aquests i els assegurats totalment aliena a PREVISORA GENERAL MUTUALITAT DE PREVISIÓ SOCIAL.

Article 19. PROTECCIÓ DE L'ASSEGURAT

L'assegurat, en cas de disconformitat amb la Mutualitat, o amb algun agent d'aquesta, pot exposar les seves queixes o reclamacions, com escaigui, davant del Servei d'Atenció al Client o del Defensor del Client, els quals han d'emetre la resolució corresponent a la queixa o reclamació plantejada en un termini màxim de dos mesos des que s'ha presentat.

A aquest efecte, la Mutualitat té a totes les seves oficines obertes al públic, i a la seva pàgina web, el reglament de funcionament d'aquests serveis i l'adreça postal i electrònica de contacte.

Si ha estat denegada l'admissió de la queixa o reclamació o si ha estat desestimada la petició, totalment o parcialment, o si ha transcorregut el termini de dos mesos des de la data de presentació sense que hagi estat resolta, l'interessat la pot presentar davant de l'Administració supervisora de la Mutualitat.

Article 20. DECLARACIÓ, DISMINUCIÓ I AGREUJAMENT DEL RISC

20.1 Valoració del risc. –

Abans de la subscripció del contracte, el prenedor de l'assegurança té el deure de declarar a la Mutualitat, d'acord amb el qüestionari que aquesta li sotmeti, totes les circumstàncies per ell conegudes que influeixin en la valoració del risc, i que quedin compreses en ell. La Mutualitat podrà rescindir el contracte mitjançant declaració dirigida al prenedor de l'assegurança en el termini d'un mes, a comptar des del coneixement de la reserva o inexactitud del prenedor de l'assegurança.

El prenedor de l'assegurança ha de declarar expressament aquells assegurats que es trobin en situació d'incapacitat temporal, i la Mutualitat valorarà si accepta o no la cobertura d'aquests; en cas que la Mutualitat accepti la cobertura d'assegurats en situació d'incapacitat temporal, s'acceptarà en tot cas i de forma explícita en les condicions particulars del contracte d'assegurança.

En els supòsits en què dins del grup assegurat es trobi un o més beneficiaris en situació d'incapacitat temporal que no hagin estat declarats de forma expressa pel prenedor de l'assegurança, la Mutualitat no cobrirà cap risc sobre els mateixos, procedint a l'extorn de la part de prima corresponent a favor del prenedor de l'assegurança.

Si el sinistre sobrevé abans de la declaració a la Mutualitat, aquesta quedarà exempta del pagament de la prestació. Així mateix, si el prenedor de l'assegurança ha obrat de mala fe, la Mutualitat quedarà alliberada de la prestació corresponent.

El prenedor de l'assegurança o assegurat ha de declarar en el qüestionari de salut previ a la contractació de la pòlissa, si ha tingut o té una pòlissa d'assegurances que cobreixi el mateix risc que ha contractat amb la Mutualitat. En cas afirmatiu, la Mutualitat pot reduir el capital assegurat.

Si contracta una pòlissa que cobreixi el mateix risc amb posterioritat a l'emesa amb la Mutualitat haurà de comunicar-ho a aquesta en el termini d'1 mes des de la seva contractació.

Si es produeix un sinistre i, de les dades aportades es descobreix que el beneficiari de l'assegurança ha faltat a la veritat, la Mutualitat quedarà alliberada de la seva prestació i procedirà a la baixa immediata del contracte d'assegurança.

20.2 Agreejament del risc. -

Durant la vigència del Contracte, el prenedor de l'assegurança o l'assegurat haurà de declarar les circumstàncies que agreugin el risc i siguin de tal naturalesa que, si haguessin estat conegudes per la Mutualitat abans de la perfecció del contracte, no hagués acceptat la cobertura del risc o, en tot cas, ho hagués fet en condicions més oneroses per al prenedor de l'assegurança.

En aquest cas la Mutualitat pot proposar al prenedor de l'assegurança una modificació del contracte en un termini de dos mesos a comptar des de la declaració de l'agreejament per part d'aquest. El prenedor de l'assegurança té un termini de quinze dies per acceptar o rebutjar aquestes propostes; en cas de rebuig o de silenci per part del prenedor de l'assegurança, la Mutualitat podrà, transcorregut aquest termini, rescindir el contracte, prèvia advertència al prenedor, concedint al prenedor de l'assegurança un nou termini de quinze dies, transcorregut el qual i dins dels vuit dies següents la Mutualitat ha de comunicar al prenedor de l'assegurança la rescissió definitiva. La Mutualitat podrà

igualment rescindir el contracte comunicant-ho per escrit al prenedor de l'assegurança en un mes a partir del dia que va tenir coneixement de l'agreuament del risc.

En el cas que el Prenedor de l'assegurança o l'assegurat no hagi declarat a la Mutualitat l'agreuament del risc, i sobrevingués un sinistre, la prestació de la Mutualitat es reduirà proporcionalment a la diferència entre la prima convinguda i la que s'hagués aplicat de conèixer la veritable entitat del risc. Si el prenedor de l'assegurança ha obrat de mala fe, la Mutualitat quedarà alliberada de la prestació corresponent.

20.3 Disminució del risc. -

Així mateix, el prenedor de l'assegurança o l'assegurat poden declarar durant la vigència del Contracte aquelles circumstàncies que

disminueixin el risc i siguin de tal naturalesa que si haguessin estat conegudes per la Mutualitat en el moment de la perfecció del contracte, l'hauria celebrat en condicions més favorables per aquells. En aquest supòsit, en finalitzar el període en curs de l'assegurança, la Mutualitat haurà de reduir l'import de la prima futura en la proporció corresponent, tenint dret el Prenedor de l'assegurança, en cas contrari, a la resolució del contracte i a la devolució de la diferència entre la prima satisfeta i la que li hagués correspost pagar, des del moment que hagi posat en coneixement de la Mutualitat la disminució del risc.

Article 21. DRETS I OBLIGACIONS

El Mutualista haurà de comunicar qualsevol canvi de domicili, per tal que la Mutualitat, de mutu acord amb aquell, pugui adequar el servei (amb la prima o quota consegüent) a la localitat de la seva nova residència, així com per facilitar, si escau, el canvi de domicili de cobrament. En cas contrari, no es pot imputar a la Mutualitat, l'incompliment d'aquestes obligacions, i el mutualista incórrer, per aquesta causa, en l'impagament de primes o quotes. No obstant això, la manca de comunicació no impedirà que, de conformitat amb l'article 24 de la Llei de contracte d'assegurança, en tot cas sigui el jutge competent per al coneixement de les accions derivades del contracte d'assegurança el del nou domicili.

El present títol està basat en les declaracions del Mutualista, en conseqüència:

Tota falsedat relativa a l'estat de salut dels assegurats, dóna dret a la Mutualitat per poder rescindir el contracte mitjançant declaració dirigida al Mutualista en el termini d'un mes, a comptar des del seu coneixement.

Si el contingut del títol difereix de la sol·licitud d'assegurança o de les clàusules acordades, el Mutualista podrà reclamar a la Mutualitat, en el termini d'un mes a comptar des del lliurament de la pòlissa, perquè resolgui la divergència existent. Transcorregut aquest termini sense efectuar la reclamació, s'estarà al que disposa el títol.

Per tal de comprovar l'adequat compliment de les condicions anteriors, la Mutualitat es reserva la facultat d'exigir la demostració documental de les edats dels assegurats i de les circumstàncies dels òbits.

Article 21. JURISDICCió

El jutge competent per al coneixement de les accions derivades del contracte d'assegurança és el del domicili de l'assegurat.

Article 22. ACCEPTACió DE LES CONDICIONS CONTRACTUALS

El prenedor declara:

- Haver rebut els Estatuts i la pòlissa d'assegurança, amb les condicions generals, particulars i els suplementes que li puguin correspondre i haver estat adequadament informat sobre aquests i haver-ne acceptat íntegrament el contingut.
- Haver estat informat i acceptar expressament les clàusules limitatives que hi poguessin haver, en compliment del que estableix l'article 3 de la Llei 50/1980, de 8 d'octubre, del contracte d'assegurança.
- Haver rebut tota la informació requerida per a la formalització d'aquest contracte relativa a la identitat de la Mutualitat, la garantia que s'ofereix, la durada del contracte i les condicions per rescindir-lo, les condicions relatives a la prima i al capital indemnitzador o prestació assistencial, i el règim fiscal aplicable.

ANNEXOS AL CONDICIONAT

ANNEX I. ASSEGURANÇA D'ASSISTÈNCIA DE VIATGE A LES PERSONES

DISPOSICIONS PRÈVIES

Assegurat

Són titulars de l'interès que s'assegura aquí, les persones físiques assegurades a l'assegurança d'assistència sanitària denominada Previsalut Or de PREVISORA GENERAL MUTUALIDAD DE PREVISIÓN SOCIAL.

Objecte

Per aquest contracte d'assegurança d'Assistència en viatge, l'assegurat que es desplaci dins l'àmbit territorial cobert tindrà dret a les diferents prestacions assistencials que integren el sistema de protecció al viatger.

Àmbit territorial

Les garanties descrites en aquesta pòlissa són vàlides per a esdeveniments que es produeixin a l'estranger amb expressa exclusió d'Espanya.

Queda expressament convingut que les obligacions de l'Assegurador consistents en les prestacions relatives a les persones finalitzen en l'instant en que l'Assegurat hagi ingressat en un centre sanitari situat com a mínim a 30 kilòmetres de distància del seu domicili (15 Km en les Illes Balears o Canàries).

Països exclosos:

Queden exclosos aquells països que, durant el viatge o desplaçament de l'Assegurat es trobin en estat de guerra o de setge, insurrecció o conflicte bèl·lic de qualsevol classe o naturalesa, encara que no hagin estat declarats com a tal oficialment.

Durada

La durada temporal de la cobertura de l'assegurança tindrà validesa mentre l'Assegurat estigui assegurat a la pòlissa d'Assistència Sanitària Previsalut Or de PREVISORA GENERAL, de la que és complement.

Validesa temporal

En tot cas, l'Assegurat haurà de residir a Espanya i el seu temps de permanència fora de la seva residència habitual no podrà excedir de 60 dies per viatge o desplaçament.

GARANTIES COBERTES

1.1 Assistència mèdica i sanitària

L'Assegurador, fins al límit de 12.000€ o el seu equivalent en moneda local, prendrà a càrrec seu les despeses corresponents a la intervenció dels professionals i establiments sanitaris que calguin per atendre l'assegurat, malalt o ferit, sempre que aquesta intervenció s'hagi efectuat de conformitat amb l'equip mèdic de l'Assegurador.

Queden expressament inclosos, sense que l'enumeració tingui caràcter limitador, i sempre que la gravetat del cas ho demani, els serveis següents:

- a) Atenció per equips mèdics d'emergència.
 - b) Exàmens mèdics complementaris.
 - c) Hospitalitzacions, tractaments i intervencions quirúrgiques.
 - d) Subministrament de medicaments en internat, o reintegrament del seu cost en lesions o malalties que no requereixin hospitalització.
- S'exclou d'aquesta cobertura el pagament successiu dels medicaments o despeses farmacèutiques que es deriven de qualsevol procés que tingui un caràcter crònic.

En cas d'urgència vital com a conseqüència d'una complicació imprevisible d'una malaltia crònica, congènita o preexistent, l'Assegurador es farà càrrec **únicament de les despeses d'una primera assistència sanitària efectuada amb caràcter d'urgència i durant les primeres 24 hores a comptar del seu ingrés al centre hospitalari.**

Les despeses cobertes per aquesta causa no poden superar en cap cas el 10% de la suma assegurada per a la garantia d'assistència mèdica sanitària.

Així mateix, i **fins al límit de 30€**, l'Assegurador prendrà a càrrec seu les despeses de la intervenció de professionals per problemes odontològics aguts, entenent-se com a tals els que per infecció o trauma requereixin un tractament d'urgència.

1.2 Repatriació o transport sanitari de ferits o malalts

En cas d'accident o malaltia sobreenvenida de l'assegurat, l'Assegurador es farà càrrec de:

- Les despeses de trasllat en ambulància fins a la clínica o hospital més proper.
- El control per part del seu equip mèdic, en contacte amb el metge que atengui l'assegurat ferit o malalt, per determinar les mesures convenients al millor tractament a seguir i el mitjà més idoni per al seu eventual trasllat fins a un altre centre hospitalari més adequat o fins al seu domicili.
- Les despeses de trasllat del ferit o malalt, pel mitjà de transport més adequat, fins al centre hospitalari prescrit o al seu domicili habitual.

El mitjà de transport utilitzat en cada cas el decidirà l'equip mèdic de l'Assegurador en funció de la urgència i la gravetat del cas.

Exclusivament a Europa, i sempre a criteri de l'Equip Mèdic de l'Assegurador, podrà utilitzar-se un avió sanitari especialment condicionat.

Si l'assegurat fos ingressat en un centre hospitalari no pròxim al seu domicili, ARAG es farà càrrec, en el moment oportú, del subsegüent trasllat fins a aquest.

En cas que l'assegurat no tingui la seva residència habitual a Espanya, se'l repatriarà fins al lloc d'inici del viatge a Espanya.

1.3 Repatriació o transport dels altres assegurats

Quan en aplicació de la garantia de «Repatriació o transport sanitari de ferits o malalts» o «Repatriació o transport de l'assegurat mort», s'hagi repatriat o traslladat, per malaltia, accident o defunció, un dels assegurats i això impedeixi el seu cònjuge, ascendents o descendents en primer grau, germans, o un acompanyant la continuació del viatge pels mitjans inicialment previstos, l'Assegurador es farà càrrec del transport d'aquests al seu domicili o al lloc d'hospitalització.

En cas que les persones a les quals fa referència el paràgraf anterior no tinguin la seva residència habitual a Espanya, seran repatriades fins al lloc d'inici del viatge a Espanya.

1.4 Repatriació o transport de fills menors o amb discapacitat

Si l'assegurat repatriat o traslladat, en aplicació de la garantia de "Repatriació o transport sanitari de ferits o malalts", viatgés en l'única companyia de fills amb discapacitat o de fills menors de quinze anys, l'Assegurador organitzarà i prendrà a càrrec seu el desplaçament, anada i tornada, d'una hostessa o d'una persona designada per l'assegurat per tal d'acompanyar els nens en la tornada al seu domicili.

En cas que les persones a les quals fa referència el paràgraf anterior no tinguin la seva residència habitual a Espanya, seran repatriades fins al lloc d'inici del viatge a Espanya.

1.5 Desplaçament d'un familiar o acompanyant en cas d'hospitalització

Si l'estat de l'assegurat malalt o ferit requereix la seva hospitalització **durant un període superior a cinc dies**, l'Assegurador posarà a disposició d'un familiar de l'assegurat, o de la persona que aquest designi, un bitllet d'anada i tornada, amb avió (classe turista) o tren (1a classe), perquè el pugui acompanyar.

L'Assegurador abonarà, contra la presentació de les factures corresponents, una quantitat equivalent a les despeses d'estada de l'acompanyant, amb el límit de **100€ al dia fins un màxim de 10 dies**.

1.6 Convalescència en hotel

Si l'assegurat malalt o ferit no pot tornar al seu domicili per prescripció mèdica, l'Assegurador prendrà a càrrec seu les despeses d'hotel motivades per la pròrroga d'estada, fins al límit de **100€ al dia i un màxim de 10 dies**.

1.7 Repatriació o transport de l'assegurat mort

En cas de defunció d'un assegurat, ARAG organitzarà el trasllat del cos fins al lloc d'inhumació a Espanya i es farà càrrec de les despeses d'aquest. En aquestes despeses s'entenen incloses les de condicionament post-mortem d'acord amb els requisits legals.

No hi estan compreses les despeses d'inhumació i cerimònia.

L'ASSEGURADOR prendrà a càrrec seu la tornada al seu domicili dels altres assegurats, **quan aquests no ho puguin fer pels mitjans inicialment previstos**.

En cas que l'assegurat no tingui la seva residència habitual a Espanya, se'l repatriarà fins al lloc d'inici del viatge a Espanya.

1.8 Tornada anticipada per defunció d'un familiar

Si qualsevol dels assegurats ha d'interrompre el seu viatge a causa de la defunció d'un familiar tal com es defineix en aquesta pòlissa, L'Assegurador prendrà a càrrec seu el transport, anada i tornada, amb avió (classe turista) o tren (1a classe) des del lloc en què es trobi al d'inhumació a Espanya.

Alternativament, i a elecció seva, l'assegurat podrà optar per dos bitllets d'avió (classe turista) o tren (1a classe) fins al seu domicili habitual.

1.9 Cerca, localització i enviament d'equipatges extraviatos

En cas de pèrdua d'equipatges en vol regular, L'Assegurador arbitrarà tots els mitjans al seu abast per possibilitar la seva localització, informar l'assegurat de les novetats que es produeixin en aquest sentit i, si escau, fer-lo arribar a mans del beneficiari sense cap càrrec per a aquest.

1.10 Transmissió de missatges urgents

L'Assegurador es farà càrrec de transmetre els missatges urgents que li encarreguin els assegurats, a conseqüència dels sinistres coberts per aquestes garanties.

1.11 Enviament de medicaments a l'estranger

En cas que l'assegurat, estant a l'estranger, necessiti un medicament que no pugui adquirir en aquest lloc, l'Assegurador s'encarregarà de localitzar-lo i enviar-lo pel conducte més ràpid i amb subjecció a les legislacions locals.

Queden exclosos els casos d'abandonament de fabricació del medicament i la seva no disponibilitat en els canals habituals de distribució a Espanya.

L'assegurat ha de reemborsar a l'Assegurador el cost del medicament, en la presentació de la factura de compra del medicament esmentat.

1.12 Informació legal a l'estranger

En cas que l'assegurat tingui un problema jurídic amb terceres persones relacionat amb un accident sobrevingut en la seva vida privada, l'Assegurador el posarà en contacte amb un advocat, si n'hi ha a la localitat, per concertar una entrevista amb l'assegurat, a càrrec d'aquest.

Aquest servei es facilitarà únicament als països que mantinguin relacions diplomàtiques amb Espanya, **excepte en els casos de força major o en cas d'un succés fora del control de l'Assegurador. L'Assegurador no es fa responsable del resultat obtingut amb motiu de la consulta legal.**

2. Exclusions

Les garanties concertades no comprenen:

- a) Els fets voluntàriament causats per l'assegurat o aquells en què concorri dol o culpa greu per part seva.
- b) Les malalties, malalties cròniques, congènites y/o preexistents, així com les seves conseqüències, patides per l'assegurat amb anterioritat a l'inici del viatge, llevat de les cobertes expressament.
- c) La mort per suïcidi o les lesions o malalties derivades de l'intent o produïdes intencionadament per l'assegurat a si mateix, i les derivades d'empresa criminal de l'assegurat.
- d) Les malalties o estats patològics produïts per la ingestió d'alcohol, psicòtrops, al·lucinògens o qualsevol droga o substància de similars característiques.
- e) Els tractaments estètics i el subministrament o reposició d'audiòfons, lentilles, ulleres, ortesis i pròtesis en general, així com les despeses produïdes per parts o embarassos i qualsevol mena de malaltia mental.
- f) Les lesions o malalties derivades de la participació de l'assegurat en apostes, competicions o proves esportives, i la pràctica d'activitats esportives o d'aventura no cobertes expressament.
- g) Els supòsits que dimanin, en forma directa o indirecta, de fets produïts per energia nuclear, radiacions radioactives, catàstrofes naturals, accions bèl·liques, disturbis o actes terroristes.
- h) Les lesions produïdes per la pràctica professional de qualsevol tipus d'esport.
- i) El rescat de persones al desert o al mar.
- j) Qualsevol tipus de despesa mèdica o farmacèutica d'import inferior a 9,01€.
- k) La utilització d'avió sanitari, llevat d'Europa, i sempre segons el criteri de l'equip mèdic de l'assegurador.

3. Límits

L'ASSEGURADOR assumirà les despeses ressenyades, **dins els límits establerts i fins a la quantitat màxima contractada per a cada cas**. Tractant-se de fets que tinguin la mateixa causa i s'hagin produït en un mateix temps seran considerats com un sinistre únic.

L'ASSEGURADOR estarà obligada al pagament de la prestació, **excepte en el cas que el sinistre hagi estat causat per mala fe de l'assegurat**.

En les garanties que comportin el pagament d'una quantitat líquida en diners, L'ASSEGURADOR està obligada a satisfer la indemnització al terme de les investigacions i els peritatges necessaris per establir l'existència del sinistre. En qualsevol supòsit, L'ASSEGURADOR abonarà, dins els 40 dies a partir de la recepció de la declaració del sinistre, l'import mínim del que pugui deure, segons les circumstàncies per ell conegudes. Si en el termini de tres mesos des de la producció del sinistre, L'ASSEGURADOR no hagués abonat aquesta indemnització per causa no justificada o que li fos imputable, la indemnització s'incrementarà en un percentatge equivalent a l'interès legal dels diners vigent en aquell moment, incrementat al seu torn en un 50%.

4. Declaració d'un sinistre

Davant la producció d'un sinistre que pugui donar lloc a les prestacions cobertes, l'assegurat, indispensablement, ha de comunicar-se amb el servei telefònic d'urgència (34) 93 485 89 58, indicant el nom de l'assegurat, número de pòlissa, lloc i número de telèfon d'on es troba, i tipus d'assistència que necessiti. Aquesta comunicació es podrà fer mitjançant cobrament a destinació.

5. Disposicions addicionals

L'assegurador no assumirà cap obligació en connexió amb prestacions que no li hagin estat sol·licitades o que no hagin estat efectuades amb el seu acord previ, excepte en casos de força major degudament justificats.

Quan en la prestació dels serveis no sigui possible la intervenció directa de l'Assegurador, aquest estarà obligat a reemborsar a l'assegurat les despeses degudament acreditades que derivin d'aquests serveis, dins el termini màxim de quaranta dies a partir de la presentació d'aquests.

6. Subrogació

Fins a la quantia de les sumes desemborsades en compliment de les obligacions derivades d'aquesta pòlissa, L'ASSEGURADOR quedarà automàticament subrogat en els drets i accions que puguin correspondre als assegurats o als seus hereus, així com a altres beneficiaris, contra terceres persones, físiques o jurídiques, com a conseqüència del sinistre causant de l'assistència prestada.

Especialment podrà ser exercit aquest dret per L'ASSEGURADOR davant les empreses de transport terrestre, fluvial, marítim o aeri, pel que fa a restitució, total o parcial, del cost dels bitllets no utilitzats pels assegurats.

7. Prescripció

Les accions que es derivin del contracte d'assegurança prescriuran al final de dos anys si es tracta d'una assegurança de danys i de cinc si l'assegurança és de persones.

8. Prestació dels serveis

Els serveis seran atesos per **ARAG SE, SUCURSAL EN ESPAÑA**, mitjançant **el telèfon (34) 93 485 89 58**.

ANNEX II. Serveis complementaris AvantSalut

Poden disposar d'aquest servei les persones físiques assegurades a l'assegurança d'Assistència Sanitària de Previsora General Mutualidad de Previsión Social.

Per fer servir el servei baremat "AVANTSALUT" els usuaris disposen de:

- Call Center, personalitzat a través del telèfon 902 10 53 11 / 913 343 290, que s'ha habilitat a aquest efecte, en què poden demanar informació durant les 24 hores del dia, 365 dies l'any.
- Targeta personalitzada.

Cada usuari disposa d'una targeta identificativa que li permet accedir a tots aquests serveis baremats. Hi apareix el logo d'"AVANTSALUT" i el número 902 10 53 11 / 913 343 290 que s'ha habilitat a aquest efecte.

- Pàgina web.

Aquest servei, d'ús restringit, consta d'una pàgina web en què l'usuari pot consultar els diferents proveïdors disponibles per localitats i els imports que cal abonar amb caràcter general per als serveis que s'hi donen.

- Prestació de serveis.

Els serveis s'atenen a través de l'organització **hna SC**.

DESCRIPCIÓ DELS SERVEIS

1. Servei dental

Aquest servei comprèn determinats serveis dentals gratuïts i l'accés a un quadre de facultatius a preu baremat.

Els serveis dentals gratuïts són:

- Una revisió dental anual, en què s'inclou el diagnòstic clínic i el pressupost del tractament.
- Una consulta dental anual d'urgència.
- Radiografies intrabucals.
- Educació en matèria d'higiene bucal.
- Tractament de fluoració.
- Retirada de punts de sutura bucals.
- Poliment d'amalgama.
- Periodòncia: diagnòstic i sondatge.
- Una neteja bucal (tartrectomia) anual per assegurat.

L'import corresponent a qualsevol prestació dental diferent de les que s'han enumerat més amunt l'ha d'abonar l'usuari directament al facultatiu, segons els barems del servei AvantSalut publicats en cada moment.

2. Serveis de benestar

Els usuaris accedeixen a aquests serveis amb l'abonament directe al proveïdor o els barems pactats per AvantSalut o amb descomptes respecte de la llista oficial de preus al públic.

- Cirurgia refractiva amb làser oftàlmic.
- Reproducció assistida. Tractaments de la infertilitat.
- Termalisme i balneoteràpia.

- Centres de medicina i cirurgia estètica.
- Tractaments de deshabitució del tabaquisme.
- Psicologia
- Pedagogia
- Logofonia
- Centres d'òptica, audiòfons i ortopèdia.
- Naturopatia
- Homeopatia
- Acupuntura
- Podologia
- Centres esportius.
- Veterinaris

3. Servei d'ajuda per a gent gran

Aquest servei contribueix a millorar la qualitat de vida de les persones d'edat avançada i/o amb discapacitats a través de:

- Servei d'assessorament telefònic gratuït.
- Serveis d'ajuda personal per a gent gran o dependents.
- Tractaments especialitzats (assistència mèdica).
- Servei d'atenció a la llar.

Els usuaris accedeixen a aquests serveis amb l'abonament directe al proveïdor o els barems pactats per AvantSalut o amb descomptes respecte de la llista oficial de preus al públic.

4. Segona opinió mèdica

L'usuari d'"AVANTSALUT", a través d'"hna SC", pot sol·licitar gratuïtament una segona opinió mèdica de la malaltia que pateix, així com recomanacions diagnòstiques i/o terapèutiques als especialistes, centres assistencials i acadèmics internacionals de què hna SC disposi.

Aquest servei cobreix les següents malalties greus:

- Càncer
- Malalties cardiovasculars
- Trasplantament d'òrgans.
- Malalties neurològiques i neuroquirúrgiques, inclosos els accidents cerebrovasculars.
- Insuficiència renal crònica
- Malaltia idiopàtica de Parkinson
- Malaltia d'Alzheimer.
- Esclerosi múltiple.

ANNEX III. Servei d'orientació mèdica telefònica

L'assegurador posa a disposició de l'assegurat un servei telefònic permanent, atès per professionals mèdics que l'assessoraran sobre qualsevol dubte o consulta mèdica. Inclou també la coordinació d'urgències mèdiques i, en el cas que l'equip mèdic ho consideri adient, el servei d'assistència mèdica domiciliària.

Els serveis són atesos a través del telèfon que s'indica a la targeta sanitària.