

CONDICIONES GENERALES

REGLAMENTO DE PRESTACIONES DE LA POLIZA ÓPTIMA

CLAUSULA PRIMERA.- LEGISLACION APLICABLE

El presente contrato se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro; por lo regulado en el Real Decreto Legislativo 6/2.004 de 29 de octubre por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, modificado por la Ley 13/2.007 de 2 de julio; por el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, aprobado por el Real Decreto 2486/1.998 de 20 de noviembre, modificado por el Real Decreto 239/2.007 de 16 de febrero; por las disposiciones complementarias que le sean aplicables, y por lo convenido en las condiciones particulares del contrato de seguro, sin que tengan validez las cláusulas limitativas de los derechos de los Asegurados que no sean especialmente aceptadas por los mismos, como pacto adicional a las condiciones particulares; no requerirán tal aceptación las meras transcripciones o referencias a preceptos legales o reglamentarios imperativos.

CLAUSULA SEGUNDA.- OBJETO DEL SEGURO

Dentro de los límites y condiciones estipuladas en el presente Reglamento y mediante la aplicación de la prima que en cada caso corresponda, el Asegurador proporcionará al Tomador del seguro y/o al Asegurado la asistencia médica y quirúrgica en toda clase de enfermedades en los términos, condiciones y limitaciones consignadas en la cláusula cuarta del presente Reglamento. En ningún caso podrán concederse indemnizaciones optativas en metálico en sustitución de la prestación de servicios de asistencia sanitaria.

CLAUSULA TERCERA.- DURACION DEL SEGURO

El presente contrato de seguro se pacta por el período de tiempo de un año, salvo disposición distinta contemplada en las condiciones particulares, prorrogándose a su vencimiento de manera tácita por períodos de un año.

No obstante, cualquiera de las partes podrá oponerse a la prórroga mediante la notificación escrita a la otra parte, con antelación no inferior a dos meses a la conclusión del período de vigencia en curso, o con la que, en su caso, dispongan las condiciones particulares.

Durante la asistencia del Tomador del seguro y/o al Asegurado y hasta la terminación del tratamiento o curación, en su caso, el Asegurador no podrá rescindir el contrato del seguro.

Solamente quedará liberado el Asegurador de su obligación de cobertura médica si existiera antes de producirse la enfermedad un impago de la prima o de las cuotas que tenga que satisfacer el Tomador del seguro y/o el Asegurado, o bien si se hubiera resuelto o extinguido el contrato por falta de pago de tales cuotas o primas, o por cualquier otra causa.

CLAUSULA CUARTA.- PRESTACIONES QUE CUBRE LA POLIZA OPTIMA

A) MEDICINA PRIMARIA

- Medicina General
- 3 Pediatría y Puericultura: **abarca la asistencia a menores de 16 años**
- Servicio de ATS: **previa prescripción escrita por un médico de la mutualidad**
- Asistencia médica domiciliaria, tanto para Medicina General, como Pediatría y ATS
- Asistencia a crónicos en domicilio

B) SERVICIO DE URGENCIAS

- Asistencia permanente de Urgencia: **se prestará en los centros concertados por la mutualidad y que figuran en el boletín de servicios.**
- Asistencia sanitaria a desplazados en España: **Se prestará en todo el territorio Nacional previa autorización por la Mutualidad.**
- Ambulancias: **se prestará en caso de necesidad urgente.**

C) ESPECIALIDADES MÉDICAS Y QUIRURGICAS

Incluye la atención por un facultativo, pruebas diagnósticas y tratamiento en las distintas especialidades señaladas a continuación:

- Alergología
- Anestesiología y Reanimación
- Anatomía patológica
- Angiología y cirugía vascular: **Queda excluida la cirugía vascular estética**
- Aparato Digestivo
- Cardiología
- Cirugía Cardiovascular
- Cirugía General y del Aparato Digestivo. **Queda excluida la cirugía de la Obesidad Mórbida**
- Cirugía Maxilo-facial. **Queda excluido todo tipo de Implantes**
- Cirugía Pediátrica
- Cirugía Plástica y reparadora. **Queda excluida la cirugía con fines estéticos**
- Dermatología médico-quirúrgica y venereología: **quedan excluidos los tratamientos con fines puramente estéticos**
- Endocrinología y nutrición
- Estomatología / Odontología: **incluye únicamente extracciones, curas estomatológicas derivadas de éstas y radiografías.**
- Ginecología-Tocología. **Quedan excluidos tratamientos de fertilidad y Ligadura de trompas**
- Hematología y Hemoterapia
- Medicina Interna
- Nefrología
- Neumología. **No se cubre los tratamientos con CPAP**
- Neurocirugía
- Neurología
- Oftalmología. **No se cubren las lentes intraoculares**
- Oncología Médica: **Incluye cinco sesiones al año con carácter ambulante (quimioterapia).**

- **La Radiocirugía queda excluida**
- **Psiquiatría: Excluidos cualquier tipo de Test., tratamiento de drogadicción y alcoholismo, así como terapias tanto de grupo como individuales**
- Otorrinolaringología
- Reumatología
- Traumatología y Cirugía Ortopédica
- Unidad del dolor
- Urología. **Queda excluida la Vasectomía.**

D) MEDIOS DE DIAGNOSTICO

Las pruebas de diagnostico se realizaran, en todos los casos, **previa prescripción escrita por un médico y en los centros designados por la misma. Los medios de contraste se cubren el 40% con carácter ambulante.**

Los medios de diagnostico comprenden los siguientes servicios:

SIN PERIODO DE CARENCIA:

Análisis clínicos, Bioquímica, Hematología, Microbiología, Parasitología, Anatomía Patológica y Cito patología. Excluidos todo tipo de estudios genéticos.

Radiodiagnóstico:

PERIODO DE CARENCIA DE 6 MESES:

Medicina Nuclear: Isótopos radioactivos y Gammagrafías

Radiodiagnóstico: Tomografía Axial computarizada (TAC), Tomografía por múltiples detectores (DMD) exclusivamente para la patología del sistema vascular y Resonancia Magnética Nuclear (RMN). Los medios de contraste se cubren el 40 %.

E) TRATAMIENTO TERAPEUTICO

Se realizara por prescripción de un medico de la mutualidad en los centros destinados por los mismos.

PERIODO DE CARENCIA DE 6 MESES

Fisioterapia y Rehabilitación: Se prestará con carácter ambulante por prescripción de un médico de la mutualidad y siempre que hayan sido contraídos con posterioridad a la fecha del efecto de la póliza. La rehabilitación cubrirá exclusivamente la traumatológica y la reumatológica. La cobertura será de 30 sesiones al año natural.

PERIODO DE CARENCIA DE 10 MESES:

- Hemodiálisis
- Litotricias
- Oncología Médica y Radioterapia

Prótesis de todo tipo quedan excluidas.

Tratamientos con Citostaticos en Oncología 40% de reintegro en tratamientos ambulantes y/o hospitalización de día. La medicación en tratamientos ambulantes tiene el 40% de reintegro

F) HOSPITALIZACION POLIZA ÓPTIMA

Todos los servicios de hospitalización deberán ser prescritos por un médico de la entidad y los ingresos deberán efectuarse en los centros médicos designados por la mutualidad y que figuran en el boletín de servicios.

El ingreso se efectuará en habitación individual con derecho a cama para el acompañante, **excepto en UVI**.

Serán por cuenta de la mutualidad: el tratamiento, estancia y gastos de quirófano.

1. HOSPITALIZACION QUIRURGICA

PERIODO DE CARENCIA DE 6 MESES (salvo urgencia inmediata y vital)

Intervenciones quirúrgicas

PERIODO DE CARENCIA DE 10 MESES (salvo urgencia inmediata y vital)

Intervenciones cirugía cardíacas

2. HOSPITALIZACION MÉDICA

PERIODO DE CARENCIA DE 6 MESES (salvo urgencia inmediata y vital)

Para el tratamiento de las enfermedades no quirúrgicas, La Mutualidad limita la cobertura de este tipo de ingresos a TREINTA DIAS AL AÑO, siendo el asegurado su propio asegurador de los gastos ocasionados con posterioridad a dicho límite.

3. HOSPITALIZACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

PERIODO DE CARENCIA DE 6 MESES (salvo urgencia inmediata y vital)

La Mutualidad limita la cobertura de este tipo de ingresos a DIEZ DIAS AL AÑO.

4. HOSPITALIZACION PSIQUIATRICA

PERIODO DE CARENCIA DE 6 MESES

La Mutualidad limita la cobertura de este tipo de ingresos a VEINTE DIAS AL AÑO.

5. HOSPITALIZACION OBSTRETICA

PARTOS: **PERIODO DE CARENCIA: OCHO MESES**. Cubre habitación individual con cama para el acompañante, asistencia Neonatólogo, Nido y UVI neonatológica, si procede

CLAUSULA QUINTA.- OTRAS EXCLUSIONES DE LA POLIZA ÓPTIMA

En la póliza ÓPTIMA quedan excluidas las siguientes prestaciones:

1. La asistencia sanitaria exigible en el tratamiento por causa de accidentes laborales, profesionales, actividades deportivas de riesgo o de alta competición, accidentes derivados de la utilización de vehículos a motor y defectos, deformaciones o enfermedades no declaradas a la formalización del seguro de asistencia médica.
2. Los hechos de guerras, catástrofes, rayos, epidemias declaradas oficialmente, daños ocurridos a las personas por atentados terroristas o cualquier otro tipo de violencia.

3. Los daños producidos por explosiones nucleares o radioactivas.
4. Las prótesis, ortodoncias e implantes de cualquier tipo.
5. Las técnicas de hipnosis, psicoterapias, psicoanálisis, test psicológicos, terapias educativas (de lenguaje, enfermos psiquiátricos, etc.)
Al igual que la hospitalización por causas sociales o el requerimiento de asistencia médica domiciliaría por la misma causa.
6. La cirugía plástica meramente estética, tratamientos capilares con finalidad puramente estética, así como baños termales, curas de reposo y adelgazamiento (balneario terapia).
7. La asistencia sanitaria incluida dentro de programas especializados de atención nacional (Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida y sus consecuencias), así como trasplantes y todas aquellas asistencias sanitarias que en el futuro puedan estar incluidas dentro del programa de asistencia especializada de atención nacional.
8. La asistencia sanitaria derivada del alcoholismo tanto agudo como crónico, drogadicción, intento de suicidio, autolesiones e intoxicaciones por ingestión de bebidas alcohólicas, de psicofármacos o alucinógenos o cualquier otro tipo de drogadicción o intoxicación que la mutualidad considere que perjudica gravemente la salud de su mutualista.
9. Cualquier intervención por médico ajeno a la mutualidad ya se trate de un acto médico o quirúrgico, con la excepción de los casos contemplados en los Estatutos Sociales.
10. El tratamiento de patologías congénitas y/o hereditarias

CLAUSULA SEXTA –PAGO DE LAS PRIMAS

El tomador del seguro está obligado al pago de la prima, que se efectuará por domiciliación bancaria.

Si se han pactado primas periódicas, la primera prima será exigible a la firma de este contrato de seguro, y si no hubiera sido pagada por culpa del Tomador, el Asegurador tendrá derecho a resolver el contrato o a exigir su pago por la vía que estime oportuna, incluso la judicial, y si no hubiera sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el Asegurador quedará liberado de su obligación

En caso de falta de pago de la segunda y/o sucesivas primas o cuotas, la cobertura del Asegurador quedará suspendida un mes después del día de su vencimiento, y si no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes a dicho vencimiento, se entenderá que el contrato quedará extinguido; si el contrato no hubiera sido resuelto o extinguido conforme a las condiciones anteriores, la cobertura volverá a tener efecto a las 24 horas del día en que el Tomador abone la prima.

En cualquier caso, el Asegurador cuando el contrato esté en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la prima del período en curso.

CLAUSULA SEPTIMA.- FORMA DE PRESTAR LOS SERVICIOS.

La asistencia sanitaria se prestará dentro de los límites y condiciones estipuladas en el presente Reglamento, proporcionando la Compañía al Tomador del seguro y/o al Asegurado la asistencia médica y quirúrgica en toda clase de enfermedades comprendidas en las especialidades y modalidades que figuran descritas en el presente Reglamento.

Las visitas domiciliarias se efectuarán únicamente cuando por motivos que dependan solo de la enfermedad que aqueje al Tomador del seguro y/o al Asegurado, éste no pueda trasladarse a la consulta del facultativo.

La petición de hora de consulta se efectuara, en el horario señalado, en el correspondiente BOLETIN DE SREVICIOS.

En casos de urgencia el Asegurado deberá acudir al servicio permanente que en cada momento tenga establecido la Mutualidad, utilizando el número de teléfono que figure en el carnet que se ha de entregar al Asegurado, o en cualquier otro documento complementario; y si la urgencia o gravedad del caso así lo aconsejara, a los servicios de urgencia hospitalaria concertados por la Entidad que figuran en el Boletín de Servicios Asistenciales.

La Entidad Aseguradora no se hace responsable, y por ello no abonará honorarios de facultativos ajenos al cuadro médico de la Entidad, a salvo de las excepciones contempladas en los Estatutos.

La prestación de un servicio asistencial deberá ser prescrita y ordenada por escrito por un médico de la Entidad; la hospitalización requerirá, además, la confirmación por parte de la Sociedad Filantrópica mediante extensión del oportuno volante o facilitación de la clave que sea necesaria.

En los casos de urgencia será suficiente a estos efectos la orden del médico, pero el Asegurado deberá obtener la confirmación de la Entidad dentro de las setenta y dos horas siguientes a su ingreso en el Centro Hospitalario.

El servicio de ATS y practicantes, si es urgente o debe prestarse domiciliariamente, deberá canalizarse a través de las atenciones domiciliarias llamando al número de teléfono que figura a tal fin en el Boletín de Servicios Asistenciales.

Para los servicios de carácter ambulante en los que el Mutualista se desplaza a la consulta del ATS, el Asegurado elegirá el servicio que tenga por conveniente y la Sociedad Filantrópica le reintegrará el importe de la factura con el límite máximo de 4,15 euros la unidad, o cualquier otra cuantía que en el futuro determine la Compañía Aseguradora y se publique en el Boletín de Servicios Asistenciales; para dicho reintegro será requisito imprescindible la presentación en las oficinas de la Sociedad del volante de prescripción facultativo y la factura de quien haya prestado el servicio.

A efectos de este seguro se entiende comunicado el siniestro al solicitar el Asegurado la prestación del servicio.

CLAUSULA OCTAVA.- SERVICIO DE URGENCIA

El Asegurador asume la necesaria asistencia de carácter urgente, de acuerdo con lo previsto en el presente Reglamento y con los servicios cubiertos por este contrato de seguro.

Para recibir cualquier servicio de urgencia deberá solicitarse accediendo al Centro o Centros permanentes de urgencia que a tal fin tenga establecidos la Entidad y que, con su respectivo teléfono, figuran consignados en el Boletín de Servicios Asistenciales.

Las urgencias se prestarán única y exclusivamente en los Centros indicados.

La asistencia domiciliaria sólo se prestará cuando el Asegurado no pueda, por razones de enfermedad, acudir a la consulta del facultativo correspondiente; se solicitará mediante llamada al teléfono que a tal fin figura consignado en el Boletín de Servicios Asistenciales, y tendrá por objeto la visita de un facultativo, que será quien disponga, en su caso, la asistencia al Asegurado como urgencia hospitalaria.

CLAUSULA NOVENA- OBLIGACIONES DEL TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO

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

1. Declarar al Asegurador todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo, y cumplimentar con total veracidad el cuestionario de salud que a tal fin se le facilite.
2. Comunicar al Asegurador, durante el curso del contrato de seguro y tan pronto como le sea posible, todas las circunstancias que puedan agravar el riesgo y/o sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del contrato, no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas.
En tales circunstancias el Asegurador podrá proponer una modificación de las condiciones o rescindir el contrato.
3. Comunicar al Asegurador, tan pronto como se produzca, el cambio de domicilio del Tomador y, en su caso, del Asegurado.
4. Aminorar las consecuencias del siniestro, empleando los medios a su alcance para el pronto restablecimiento.
El incumplimiento de este deber con la manifiesta intención de perjudicar o engañar al Asegurador, liberará a éste de toda prestación derivada del siniestro.
5. Facilitar la subrogación que a favor del Asegurador establece al artículo 43 de la Ley de Contrato de Seguro.
6. Acreditar ante los médicos, demás personal sanitario, clínicas y/o Hospitales su condición de Asegurado, mediante la exhibición del carnet de mutualista y el justificante de estar al corriente en el pago de la prima y/o cuotas.

El Tomador del seguro, y los Asegurados, en su caso, perderán el derecho a la prestación garantizada si incumplen el contenido de las obligaciones contempladas en los números 1, 2 Y 5 de la presente clausula.

CLAUSULA DÉCIMA- OBLIGACIONES DE LA ASEGURADORA

La Compañía Aseguradora tendrá las siguientes obligaciones específicas:

1. Prestar la asistencia médico-quirúrgica en los términos y bajo las condiciones, períodos de carencia, limitaciones y exclusiones contenidas en el presente Reglamento y, en su caso, en las condiciones particulares del contrato de seguro.
2. Entregar al Tomador del seguro la documentación e información precisas para la correcta utilización de los servicios sanitarios Asegurados.

CLAUSULA UNDÉCIMA- INDISPUTABILIDAD DEL CONTRATO

La póliza será indisputable en cuanto al estado de salud del Asegurado, transcurridos dos años desde la celebración del contrato, salvo que el Tomador haya actuado con dolo y/o tuviera conocimiento de afección anterior a la firma del contrato no reseñada al momento de su conclusión, ni consignada en el cuestionario de salud.

CLAUSULA DUODÉCIMA – COMUNICACIONES

Las comunicaciones al Asegurador, por parte del Tomador del seguro, y del Asegurado, en su caso, se realizarán en el domicilio social de la Entidad, señalado en el contrato.

Las comunicaciones del Asegurador al Tomador del seguro, o al Asegurado, en su caso, se realizarán en el domicilio que como de ellos conste en el contrato, salvo que hubiesen notificado el cambio de su domicilio al Asegurador.

CLAUSULA DÉCIMO-TERCERA - RECLAMACIONES DEL TOMADOR DEL SEGURO

En caso de reclamación, el Tomador del seguro o en su defecto los Asegurados, podrán optar por cualquiera de las siguientes opciones, o por ambas a la vez:

- a.- Acudir al sistema de reclamación que la Aseguradora tiene establecido por medio del Servicio de Atención al Mutualista, de acuerdo con el Reglamento regulador de tal Servicio, y, si su reclamación fuera denegada por tal Servicio, o transcurrieran más de dos meses desde el planteamiento de la reclamación sin que hubiera sido resuelta, podrá entonces y a partir de dichos momentos acudir el Mutualista ante el Comisionado para la defensa del Asegurador y del Partícipe en Planes de Pensiones para reiterar su reclamación o queja.
- b.- Acudir a los Tribunales de Justicia sometiendo a su resolución las reclamaciones que se produzcan.

CLAUSULA DECIMO-CUARTA- JURISDICCION COMPETENTE

Será Juez competente para el conocimiento de todas las acciones derivadas del presente contrato de seguro el del domicilio del Tomador del seguro

CLAUSULA DECIMO-QUINTA- ACTUALIZACION ANUAL DE PRIMA

La prima o cuotas del presente contrato de seguro se modificarán anualmente teniendo en consideración lo dispuesto en el Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, y en su Reglamento, y en función de los cálculos técnico-actuariales que se realicen al efecto, y en base a los acuerdos que se adopten en las Juntas Directivas o en las Juntas Generales de la Entidad.

Clausula adicional a la póliza

El tomador del seguro ha tomado conocimiento directo e informado de las cláusulas de ésta póliza que implican limitaciones de derechos y/o exclusiones, y/o periodos de carencia, que vienen destacadas en negrita y cursiva, declarando en éste mismo acto y con su firma que las acepta en su integridad.