Acuse de recibo información sobre el seguro
ASOCIACIÓN PRENSA MADRID

Manifiesto, así mismo, que he recibido de la APM los siguientes documentos:

- Documento de producto
- Nota Informativa Previa
- IPID (documento de Información sobre el producto de seguro)
- Condiciones Generales
- Información Asistencia en viaje

En Madrid, a ____ de _____ de 202_____.

D./ Dña. (Firma): _____

D.N.I.: _____

Esta página, una vez cumplimentada y firmada, debe remitirse por correo electrónico a: seguromedicoapm@apmadrid.es

Protección de datos:

Responsable:
Asociación de la Prensa de Madrid (APM)
Juan Bravo, 6 – 28006 Madrid
Delegado protección de datos: 91.585.00.10 / dpo@apmadrid.es
Finalidad: Los datos personales aportados por el solicitante serán tratados por la asociación para la gestión de los servicios de esta y para el cumplimiento de sus fines legítimos. Los datos serán conservados, para las finalidades indicadas, mientras el usuario asociado no solicite su supresión y para el cumplimiento de obligaciones legales. El solicitante manifiesta que cuenta con la autorización de los beneficiarios para comunicar a la APM sus datos.
Legitimación: La base legal del tratamiento de sus datos es el mantenimiento de la relación asociativa, la prestación de los servicios de la Asociación y el consentimiento del miembro de la asociación.
Destinatarios: Sus datos no serán cedidos a terceros, salvo para el cumplimiento de obligaciones legales, de normativa voluntaria y para participar de los servicios de la Asociación.
Derechos: Podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación al tratamiento y oposición mediante escrito de solicitud, adjuntando fotocopia del D.N.I. dirigido a: dpo@apmadrid.es
Procedencia: Los datos se obtienen de la APM de los propios asociados.

Para más información puede acceder a la Política de privacidad:
https://www.apmadrid.es/politica-de-privacidad/

ATENCIÓN AL ASOCIADO
PÓLIZA COLECTIVA NUEVA MUTUA SANITARIA
Asociación de la Prensa de Madrid
C/ Juan Bravo, 6. 28006 Madrid
Tfno.: 91 585 00 10 (Ext. 1118)
Correo e-: seguromedicoapm@apmadrid.es www.apmadrid.es

Nueva Mutua Sanitaria-APM Salud 2023

- Un **amplio cuadro médico** al que tendrá acceso de manera directa a todas las especialidades, previa cita. Podrá acudir a **más de 20 hospitales** en la Comunidad de Madrid entre los que se encuentran Grupo Madrid (Montepríncipe, Sanchinarro…), Anderson, Nisa Pardo de Aravaca, Grupo Quirón, Grupo Vithas, El Rosario y San Rafael, entre otros.
- **Consultorio médico Claudio Coello**, sito en la calle Claudio Coello nº 117 bajo derecha de Madrid, en la que atenderá un equipo de médicos de Medicina General. El consultorio cuenta, además, previa cita, con un equipo de Medicina Interna, Aparato Digestivo, Podología, Psicología, Traumatología, Rehabilitación, Ginecología, Análisis clínicos, servicio de Enfermería y es centro de vacunación de la Comunidad de Madrid.
- La **Fundación Jiménez Díaz** seguirá siendo su **hospital de referencia**.
- **Cuadro Médico de cobertura nacional** con más de 10.000 centros y facultativos médicos.

Podrán adherirse a la presente póliza los asociados, pudiendo incluir como beneficiarios a **cónyuges o parejas de hecho, sus hijos y nietos**.

Para poder formalizar la adhesión, habrá que cumplimentar una solicitud y un cuestionario de salud que Nueva Mutua Sanitaria revisará para aprobar su inclusión a la póliza colectiva.

Una vez tramitada el alta serán de aplicación **6 meses de carencia** para todos aquellos actos que requieran autorización, incluidos los ingresos hospitalarios, y **24 meses de carencia** para la intervención de cirugía refractiva de la miopía, para el diagnóstico y tratamiento de la infertilidad, la rehabilitación del daño cerebral y la cirugía metabólica.

Cuadro Médico

Para poder ver el cuadro médico, ***haga clic aquí***
En tipo de seguro, elegir el colectivo y mutualidades **APM Salud**.
Provincia: Madrid, Navarra, Málaga, etcétera
Localidad: Majadahonda, Bilbao, Ferrol…
Y una vez dentro, podemos acotar la búsqueda por especialidad: pediatría, hospital, dermatología….

SERVICIOS INCLUIDOS

- **Asistencia en viaje** fuera del territorio nacional, para que el asegurado disponga de atención sanitaria de urgencia en cualquier lugar del mundo con un límite de 15.000€ por siniestro.
- **WhatsApp de orientación médica (688836824)**: para resolver dudas de salud a cualquier hora del día o de la noche y cualquier día del año.
- **Área privada digital**, gestión de autorizaciones, consulta de copago (si procede), consulta de cuadro médico y médicos favoritos.
- Servicios de **atención telefónica de urgencias**, donde el asegurado puede tener el asesoramiento adecuado para saber si debe acudir a urgencias y en su caso dónde puede acudir llamando al 91.290.80.76.
- Servicio de **urgencias a domicilio** sin necesidad de desplazamientos si la urgencia lo permite, llamando al 91.290.80.76.

Todas las garantías y coberturas, así como las exclusiones, quedan recogidas en las "Condiciones Generales de SALUD PROFESIONAL Familia".

PRIMAS 2023 (*)

TRAMOS DE EDAD	PRIMA MENSUAL con copago (*)
0 a 29 años	33,51 €
30 a 54 años	56,27 €
55 a 64 años	80,39 €
65 a 75 años	140,67 €
Más de 75 años	266,64 €

(*) A estos importes hay que añadir el 0,15% en concepto de Tasa del Consorcio de Compensación de Seguros que será incluido en el primer recibo del año.

TRAMOS DE EDAD	PRIMA MENSUAL sin copago (*)
0 a 29 años	38,20 €
30 a 54 años	65,17 €
55 a 64 años	92,14 €
65 a 75 años	161,80 €
Más de 75 años	306,74 €

(*) A estos importes hay que añadir el 0,15% en concepto de Tasa del Consorcio de Compensación de Seguros que será incluido en el primer recibo del año.

COPAGOS

Sin Copago en las consultas de Atención Primaria de los centros propios. El resto de la cobertura con copagos inferiores a los existentes en el anterior Servicio Médico de la APM. **Nueva Mutua Sanitaria** emitirá trimestralmente el recibo correspondiente

Importes y conceptos de copago para 2023:

Concepto	Copago
Enfermería, Pediatría y Medicina General en Centros Propios (**)	0€
Enfermería, Pediatría, Podología (***) y Medicina General	3€
Especialista, Análisis Clínicos y pruebas diagnósticas que no requieran Autorización	6€
Preoperatorios, Consultas de Especialista con pruebas (sin Autorización), Aerosoles, Laser oftalmológico, Rehabilitación -cada 10 sesiones-, Actos Terapéuticos que no requieran Autorización y Urgencias	8€
Estudios de genética, Cirugías ambulatorias, Mamografías, Pruebas diagnósticas que requieran autorización (no referenciadas en otros apartados) - Resonancias, TAC, Densitometrías- , Estimulación precoz -cada 10 sesiones- y Oxigenoterapia mensual.	12€
Hospital de día, Quimioterapia, AngioTAC, Angioresonancia, Broncoscopia, Colangioresonancia, endoscopias diagnósticas y terapéuticas, pruebas de medicina nuclear y fibroscan. Inyección intravitrea de medicación y sondajes de conductos lagrimales.	15€
Litotricia	15€
Ingreso en Hospital, Cirugía mayor ambulatoria, Tratamientos de hemodinámica, Estudios del Sueño, FIV y Oncología radioterápica (Todos los Tratamientos)	45€

(**) Centros propios: Consultorio Médico Claudio Coello, Dr. ManuelOrtiz-Villajos.

(***) Con un máximo de ocho prestaciones al año de quiropodia por 3 euros cada una, previa autorización.

Todas las garantías y coberturas, así como las exclusiones, quedan recogidas en las "Condiciones Generales de SALUD PROFESIONAL Familia".

Descuento Familias (incompatibles con las ofertas de familias 2023)

Como ayuda a las **familias numerosas** se dispone de un descuento, con el único requisito de adherir la totalidad de la unidad familiar (padres e hijos) en las modalidades de APM Salud con copagos o APM Servicio Médico con copagos. **El descuento aplica a partir del tercer hijo incluido**, y sólo se contabilizan los hijos que se encuentren en el tramo de edad de **0 a 29 años**.

Este descuento define unas tarifas especiales para cada Hijo, que son las siguientes:

TRAMO DE EDAD	Producto APM Salud con copago
Hijo 3	**20,75 €/mes**
Hijo 4	**17,48 €/mes**
Hijo 5	**13,65 €/mes**
Hijo 6	**9,83 €/mes**
Hijo 7	**5,46 €/mes**
Hijo 8 o siguientes	**1,09 €/mes**

Tarifas con Descuento válidos para 2023

El descuento aplica a partir del tercer hijo incluido y sólo se contabiliza los hijos que se encuentran en el tramo de edad de 0 a 29 años.

MEJORA DE SERVICIOS PARA 2023:

Se incorporarán prestaciones innovadoras en especialidades de Aparato Digestivo o Urología, como la resección transmural endoscópica, pieloplastia robótica, quimiohipertermia vesical, o Trublood® para la detección genética noinvasiva del cáncer de próstata.

Para ofrecer la mejor opinión clínica y que se sientan más seguros a la hora de tomar decisiones sobre su salud,podrán disponer de una **Segunda Opinión Médica** de los mejores médicos del mundo en cada especialidad. En las próximas semanas ampliaremos esta información.

INFÓRMATE Y CONTRATA

Asociación de la Prensa de Madrid:

Dirección: Juan Bravo, 6 - 1ª planta, 28006 (Madrid).

Horario:

- Lunes a jueves de 09.00 a 14.15 horas
- Viernes de 09.00 a 13.00 horas

Por teléfono: 91.585.00.10. Ext. 1118
Por e-mail: seguromedicoAPM@apmadrid.es

Todas las garantías y coberturas, así como las exclusiones, quedan recogidas en las "Condiciones Generales de SALUD PROFESIONAL Familia".

NUEVAMUTUA
SANITARIA

NOTA INFORMATIVA PREVIA
A LA CONTRATACIÓN DEL SEGURO COLECTIVO
APM SALUD

El contenido de esta Nota Informativa tiene por objeto informar al Mutualista de los aspectos más relevantes del producto asegurador SALUD FAMILIA del que solicita su contratación, de conformidad con lo referido en el artículo 96 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, (LOSSEAR), los artículos 122 y 126 del Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, (ROSSEAR) **y el artículo 174 del Real Decreto – ley 3/2020, de 4 de febrero, de medidas urgentes por el que se incorporan al ordenamiento jurídico español diversas directivas de la Unión Europea en el ámbito de la contratación pública en determinados sectores; de seguros privados; de planes y fondos de pensiones; del ámbito tributario y de litigios fiscales,** referentes al Deber de Información al Tomador del seguro y/o Asegurado por parte de la Entidad Aseguradora. Esta nota informativa ha sido elaborada de acuerdo con lo establecido la legislación que le es aplicable, siendo un documento meramente informativo y que no posee valor contractual para ninguna de las partes. La información precontractual o contractual COMPLETA relativa al producto concreto se facilitará al cliente en otros documentos en los que se determinan las CONDICIONES GENERALES Y CONDICIONES PARTICULARES.

1. DENOMINACIÓN SOCIAL DE LA EMPRESA CONTRATANTE Y FORMA JURÍDICA. DIRECCIÓN SOCIAL

Nueva Mutua Sanitaria del Servicio Médico, Mutua de Seguros a Prima Fija.

Inscrita en el Registro Mercantil de Madrid (Tomo 29.864, Folio 40, Sección 8, Hoja M-537332, provista de C.I.F. V-86444965) y en el Registro de la Dirección General de Seguros y Fondo de Pensiones. Clave M-380

Domicilio social: en calle Villanueva 14, cuarta planta 28001 de Madrid.

2. LEGISLACIÓN APLICABLE ESTADO MIEMBRO Y AUTORIDAD DE CONTROL

LEGISLACIÓN APLICABLE

Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro (la "Ley de Contrato de Seguro") y Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras y RD-ley 3/2020, de 4 de febrero, por el que se incorpora al ordenamiento jurídico español la Directiva (UE) 2016/97 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de enero, sobre la distribución de seguros. Demás disposiciones legales y reglamentarias españolas que sean aplicables y lo convenido en la propia Póliza.

ESTADO MIEMBRO Y AUTORIDAD DE CONTROL

El Estado miembro es España y la autoridad encargada de la supervisión y control de la actividad de Nueva Mutua Sanitaria es la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital (Pº de la Castellana 44, 28046 Madrid).

3. NOMBRE DEL PRODUCTO

El producto se comercializa bajo dos marcas SALUDABOGACÍA y SALUDPROFESIONAL

SALUDABOGACIA Familia/Despacho

SALUDPROFESIONAL Familia/Empresa

4. TIPO DE SEGURO Y ÁMBITO TERRITORIAL

Producto asegurador de asistencia sanitaria completa que se presta a través de un Cuadro Médico nacional. El ámbito territorial de cobertura es España; destinado para aquellos que quieren cuidar de su salud y la de sus familiares.

- Libertad de elección de prestador/facultativo entre los que figuran en el Cuadro Médico APM SALUD.
- Para particulares o colectivos.
- Posibilidad de contratación con copago y sin copago.
- Opción de contratar Suplemento CUN con copagos
- No hay límite de edad para la permanencia en la Póliza.

5. INFORMACIÓN SOBRE EL DISTRIBUIDOR DEL SEGURO

De conformidad con la normativa aplicable a la distribución de seguros, se informa al interesado de lo siguiente:

- No se ofrece asesoramiento en relación a este producto de seguro. Es decir, no se proporciona una recomendación personalizada.
- La naturaleza de la remuneración percibida por los empleados de Nueva Mutua Sanitaria es salarial.

6. OBLIGACIONES DEL TOMADOR Y/O ASEGURADO

- El Tomador está obligado al pago de la prima.
- Cumplimentar Cuestionario de salud. Es una declaración realizada y firmada por el tomador o asegurado antes de la formalización de la póliza para la valoración del riesgo que es objeto del seguro e incluye un listado de preguntas relevantes acerca del estado de salud de cada posible asegurado. El Tomador y/o Asegurado tiene obligación de contestar con veracidad a dicho cuestionario que permitirá a la entidad aseguradora hacer una correcta valoración del riesgo. En caso de reserva o inexactitud del Tomador o Asegurado en esta declaración, la Nueva Mutua podrá rescindir la Póliza.
- Actos de comunicación. Será necesario comunicar a la Mutua lo antes posible todo aquello que pueda influir en la valoración del riesgo (las alteraciones de los factores declarados en el cuestionario anterior, cuando se haya producido una agravación o una disminución del riesgo, en su caso. En este seguro las alteraciones de salud no se consideran agravación del riesgo).
- También habrá que informar a la Mutua el cambio de domicilio que conste en las Condiciones Particulares, así como de las altas y bajas (las bajas un mes antes del vencimiento de la póliza) que se produzcan durante la vigencia de la Póliza.

7. DESCRIPCIÓN DE LAS GARANTÍAS Y OPCIONES OFRECIDAS

A) PRESTACIONES ASEGURADAS:

- Asistencia sanitaria completa como garantía principal: Atención Primaria, Urgencias (Tlf. 24h), Hospitalización, Asistencia en viaje (sólo Urgencias- consultar Anexo II Condiciones Generales) y Prestaciones especiales (Cirugía refractiva de la miopía, Diagnóstico y tratamiento de la infertilidad, Chequeo médico preventivo).
- Acciones de Prevención: Acceso a vacunas de Rotavirus y VPH, campañas de medicina preventiva y diagnóstico precoz.
- Especialidades médicas, quirúrgicas y pruebas diagnósticas.
- Métodos terapéuticos: Quimioterapia, Radioterapia, Rehabilitación, Tratamiento del dolor, Aerosolterapia y ventiloterapia, CPAP y BiPAP, Hemodiálisis, Litotricia del aparato urinario, Foniatría, Oxigenoterapia, métodos de planificación familiar.
- Otros servicios incluidos: Ambulancia, Podología, Psicología, Hospitalización domiciliaria, Prótesis y ''material implantable''.

B) CARENCIAS: Periodo de tiempo durante el cual no son efectivas algunas de las coberturas de la Póliza.

- 180 días para Hospitalización e intervenciones quirúrgicas, tanto con ingreso hospitalario como ambulatorias, incluida la asistencia al parto. Tratamientos recogidos en los apartados Métodos Terapéuticos y Otros Servicios (cláusulas 17.4 y 17.5 de las Condiciones Generales). Actos terapéuticos y pruebas diagnósticas indicados en el anexo I de las condiciones generales. El Chequeo Médico Preventivo y resto de prestaciones especiales descritas en las CG, salvo las sujetas a 24 meses descritas a continuación.
- 24 meses para Prestaciones Especiales: Cirugía refractiva de la miopía y Diagnóstico y tratamiento de la infertilidad, la Rehabilitación del daño cerebral y la Cirugía metabólica.

C) PRESTACIONES EXCLUIDAS:

Quedan excluidas las coberturas recogidas en el apartado EXCLUSIONES de las condiciones generales, sin perjuicio de cualquier otra exclusión debidamente resaltada en el condicionado general.

También quedan excluidas toda clase de enfermedades, lesiones o dolencias, defectos constitucionales o congénitos, deformaciones, estado o situación médica (como embarazo o gestación) preexistentes a la fecha de alta de cada Asegurado en la póliza que hayan sido conocidos y no declarados en el cuestionario de salud, y/o los que sean consecuencia de accidentes o enfermedades y sus secuelas que sean de origen anterior a la fecha de inclusión de cada asegurado en la póliza, que igualmente hayan sido conocidos por el asegurado y no declarados en el cuestionario de salud.

D) LIBERTAD DE ELECCIÓN

Para la prestación de la asistencia contratada rige el principio general de libertad de elección de facultativos, siempre que se trate de profesionales que figuran en el cuadro médico APM SALUD. A estos efectos, podrán consultar on-line el cuadro médico o solicitar en las oficinas de NUEVA MUTUA SANITARIA la entrega del mismo actualizado en formato papel.

8. INSTANCIAS DE RECLAMACIÓN

Nueva Mutua Sanitaria, de conformidad con lo dispuesto en la legislación vigente, dispone de un Servicio de Atención al Cliente (SAC) al que pueden dirigirse los tomadores, asegurados, beneficiarios, o causahabientes de cualquiera de los anteriores para presentar cualesquiera quejas y reclamaciones relacionadas con esta Póliza, para lo cual Nueva Mutua Sanitaria pondrá a disposición de éstos en sus oficinas impresos para la formulación de las mismas. Las quejas o reclamaciones, que deberán formalizarse por escrito, habrán de dirigirse al SAC por cualquiera de los siguientes medios:

- Personalmente mediante su entrega en las oficinas de Nueva Mutua Sanitaria.
- Por correo postal remitido a la calle Villanueva, nº 14, cuarta planta, 28001 Madrid.
- Por correo electrónico a la dirección: sac@nuevamutuasanitaria.es

El SAC acusará recibo por escrito de las mismas y las resolverá de forma motivada y en el plazo máximo legal de un mes, contados desde la fecha de presentación de la queja o reclamación. Asimismo, podrán dirigirse por escrito, al Defensor del Cliente "D.A. Defensor, S.L.", calle Velázquez 80, 28001 Madrid, teléfono 913 104 043, fax 913 084 991, e-mail reclamaciones@da-defensor.org. En caso de disconformidad con lo resuelto por cualquiera de las instancias anteriores, o si no han obtenido respuesta en el plazo de un mes, podrán interponer reclamación o queja ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (www.dgsfp.mineco.es). Para ello deberán acreditar que ha transcurrido el plazo de un mes desde la fecha de presentación de la reclamación o queja ante el SAC o el Defensor del Cliente, sin que estos hubieran resuelto, o cuando haya sido denegada la admisión o desestimada, total o parcialmente, su petición. Sin perjuicio de las anteriores actuaciones, los interesados en todo caso podrán ejercitar las acciones que estimen oportunas ante la jurisdicción ordinaria.

9. PAGO. FORMA Y FACTORES OBJETIVOS QUE AFECTAN A LA TASA DE LA PRIMA

FORMA DE PAGO

La forma de pago del producto asegurador contratado se realizará mediante el pago de una prima fijada por la Mutua. El pago de la prima lo efectuará APM a Nueva Mutua Sanitaria. Los copagos serán emitidos por Nueva Mutua Sanitaria a cada asegurado Titular en el caso de póliza con copagos.

FACTORES OBJETIVOS QUE AFECTAN A LA TASA DE LA PRIMA

La Aseguradora podrá actualizar anualmente el importe de la Prima, las franquicias y copagos. Las actualizaciones se realizarán en virtud de los acuerdos alcanzados entre el tomador APM y Nueva Mutua Sanitaria a través del Convenio suscrito entre ambas entidades.

10. TRIBUTOS REPERCUTIBLES Y RÉGIMEN FISCAL APLICABLE

TRIBUTOS REPERCUTIBLES

La póliza incorpora recargo obligatorio a favor del Consorcio de Compensación de Seguros (CCS) de 0,15%.de la prima neta anual del seguro. Se aplica en el primer recibo de cada anualidad.

RÉGIMEN APLICABLE

Las primas de seguro de salud están exentas del Impuesto Sobre Primas de Seguro (IPS). Con carácter general, las primas abonadas por el presente seguro no dan derecho a ningún beneficio fiscal, no son deducibles en el IRPF, ni dan derecho a deducción o bonificación alguna.

11. DURACIÓN. CONDICIONES DE RESOLUCIÓN DEL CONTRATO

Las coberturas ofrecidas por este seguro comienzan en la fecha prevista al efecto en las Condiciones Particulares de la Póliza en cuestión y finalizan el 31 de diciembre, prorrogándose por períodos anuales. Salvo pacto en contrario recogido en las condiciones particulares.

El Tomador no tendrá derecho de rehabilitación de la Póliza.

Cualquiera de las partes podrá oponerse a la prórroga mediante notificación escrita a la otra, efectuada con un plazo de, al menos, un mes de anticipación a la conclusión del periodo del seguro en curso cuando quien si oponga a la prórroga sea el tomador y de dos meses cuando sea el asegurador.

El Asegurador podrá resolver el contrato en los siguientes casos:

- Reserva o inexactitud al cumplimentar el cuestionario de estado de salud.
- Omisión de la comunicación de la agravación del riesgo.
- Por impago de la prima.

- En el resto de casos previstos por las leyes.

El Tomador podrá rescindir el Contrato cuando el Cuadro Médico correspondiente a su provincia de residencia sufra una modificación que afecte al 50 por 100 del cuadro de especialistas, debiendo notificar tal decisión a la Mutua fehacientemente y por escrito. No será de aplicación esta norma cuando se trate de sustituciones transitorias, originadas por causa justificada, o se refiera a médicos de técnicas quirúrgicas especiales, así como a odontólogos, analistas y radiólogos.

Si se hubiere practicado reconocimiento médico o se hubiera reconocido plenitud de derechos, la Póliza será indisputable desde el primer día en cuanto al estado de salud del Asegurado, salvo dolo del Tomador del seguro o del Asegurado en la declaración del riesgo.

Si no se hubiera practicado reconocimiento médico ni se hubiese reconocido la plenitud de derechos, la Póliza será indisputable transcurrido UN AÑO desde el alta en el seguro de cada Asegurado, salvo que el Tomador y/o Asegurado hayan actuado con mala fe.

La declaración inexacta de edad sólo dará lugar a la rescisión de la Póliza si la edad real excediere de los límites de admisión establecidos por la Mutua.

12. SITUACIÓN FINANCIERA Y DE SOLVENCIA

Anualmente la Mutua publica un informe sobre su situación financiera y de solvencia que estará disponible en la página web: https://www.nuevamutuasanitaria.es/informacion-corporativa, en el apartado ''más información'', donde podrá acceder al documento PDF adjunto relativo a la información corporativa.

13. TRATAMIENTO DE LOS DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

En Nueva Mutua Sanitaria tratamos sus datos de carácter personal con el máximo respeto y cumplimiento de la normativa aplicable en materia de protección de datos de carácter personal. Los datos personales que tratamos serán recogidos en la póliza de seguro y en otros documentos relacionados. Podrá consultar toda la información relativa al tratamiento de sus datos de carácter personal accediendo a la página web https://www.nuevamutuasanitaria.es/politica-de-proteccion-de-datos

Seguro de ASISTENCIA SANITARIA

Documento de información sobre el producto de seguro

NUEVAMUTUASANITARIA

Empresa: Nueva Mutua Sanitaria del Servicio Médico, Mutua de Seguros a Prima Fija

Registrada en: España Nº Autorización Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones: M-380

Producto: "SALUD PROFESIONAL FAMILIA"

En este documento le facilitamos un resumen de este seguro. **La información precontractual y contractual completa relativa al mismo se facilita en otros documentos, que son los que regulan la relación entre las partes**.

¿En qué consiste este tipo de seguro?

Es un seguro destinado a prestarle la asistencia médico-quirúrgica y hospitalaria que pueda precisar el asegurado a través del cuadro de especialistas y centros concertados con NUEVA MUTUA SANITARIA.

¿Qué se asegura?

✔ Atención primaria (Medicina general, pediatria y Servicio de A.T.S./D.U.E)

✔ Especialidades médicas, quirúrgicas y pruebas diagnósticas:

- Alergia e inmunología
- Análisis clínicos
- Anatomía patológica. Excluidos estudios de segunda opinión.
- Anestesiología y reanimación.
- Angiología y cirugía vascular.
- Aparato digestivo.
- Cardiología.
- Cirugía cardiovascular.
- Cirugía general y del aparato digestivo.
- Cirugía oral y maxilofacial.
- Cirugía pediátrica.
- Cirugía plástica y reparadora.
- Cirugía torácica.
- Dermatología.
- Diagnóstico por imagen
- Endocrinología.
- Geriatría.
- Ginecología.
- Hematología y hemoterapia.
- Medicina interna.
- Medicina nuclear
- Nefrología.
- Neonatología.
- Neumología.
- Neurocirugía.
- Neurofisiología.
- Neurología.
- Obstetricia
- Odontoestomatología.
- Oftalmología.
- Oncología.
- Otorrinolaringología.
- Planificación familiar.
- Psiquiatría.
- Reumatología.
- Radiología intervencionista
- Traumatología y cirugía ortopédica.
- Urología

✔ Medios terapéuticos (Aerosolterapia y ventiloterapia, CPAP y BiPAP, hemodiálisis, litotricia, foniatría, oxigenoterapia, quimiterapia, radioterapia, rehabilitación, tratamiento del dolor)

✔ Otros servicios (ambulancia, podología, psicología, hospitalización domiciliaria, prótesis, estudios genéticos)

✔ Hospitalización (médica, pediátrica, psiquiátrica, en U.V.I., quirúrgica, obstétrica)

✔ Asistencia en viaje.

✔ Prestaciones especiales.

- Cirugía refractiva, diagnóstico y tratamiento de la infertilidad, chequeo médico preventivo
- Estudios del sueño, diálisis o hemodiálisis, litotricia, Biopsia Asistida por Vacío (BAV) y cápsula endoscópica

¿Qué no está asegurado?

x Enfermedades preexistentes conocidas y no declaradas, así como lesiones derivadas de accidentes anteriores a la fecha efecto de la póliza.

x Los gastos derivados de la asistencia sanitaria prestada en centros no incluidos en el Cuadro Médico.

x La asistencia sanitaria derivada de alcoholismo crónico, drogadicción, intoxicaciones debidas al abuso del alcohol, de psicofármacos, estupefacientes o alucinógenos.

x Los productos farmacéuticos de parafarmacia y las vacunas.

x Los procedimientos diagnósticos y terapéuticos cuya seguridad y eficacia no estén debidamente contrastadas o hayan quedado superadas, así como los procedimientos experimentales o que no tengan probada su contribución a la prevención, tratamiento o curación de enfermedades.

x Los trasplantes de órganos, tejidos, células o componentes celulares.

x La hospitalización por problemas de tipo social

x La atención especial en domicilio.

x La terapia educativa

x Las enfermedades, lesiones o dolencias provocadas por la práctica profesional de cualquier deporte

¿Existen restricciones en lo que respecta a la cobertura?

! La hospitalización e intervenciones quirúrgicas, los métodos terapéuticos y Otros Servicios, los chequeos preventivos y los actos médicos que requieren autorización previa tienen un plazo de carencia de 180 días. Para el resto de Prestaciones Especiales la carencia será de 24 meses. La carencia es el tiempo durante el cual no son efectivas algunas de las coberturas incluidas en la Póliza.

! Algunos actos médicos conllevan copago, que es la cantidad que ha de abonar el asegurado por cada servicio recibido.

¿Dónde estoy cubierto?

✓ La asistencia se presta en todos los lugares de España en los que existan especialistas y centros médicos concertados, salvo la asistencia en viaje, que se presta en todo el mundo.

¿Cuáles son mis obligaciones?

- Abonar el precio del seguro.
- Responder verazmente a las preguntas recogidas en el cuestionario de salud que realiza el asegurador para evaluar el riesgo con antelación a la formalización del contrato.
- Comunicar, durante la vigencia del contrato, cualquier variación de la información facilitada en el momento de la contratación, que puedan influir en la valoración del riesgo. No será necesario comunicar las alteraciones de la salud producidas mientras la póliza se encuentre vigente.

¿Cuándo y cómo tengo que efectuar los pagos?

- Se deberá pagar la primera prima en el momento de la contratación del seguro. Las primas sucesivas se deberán hacer efectivas a los correspondientes vencimientos.

¿Cuándo comienza y finaliza la cobertura?

La póliza entra en vigor una vez pagada la prima y su duración se corresponde con la del año natural, es decir, de 1 de enero a 31 de diciembre, salvo la primera anualidad en caso de que se haya contratado después del 1 de enero, de modo que se iniciará en la fecha indicada en el contrato y finalizará el 31 de diciembre.

¿Cómo puedo rescindir el contrato?

Mediante notificación escrita, efectuada con al menos un mes de antelación al vencimiento del contrato.

En caso de contratación a distancia (por medios telemáticos, electrónicos, telefónicos, fax u otros), mediante comunicación al asegurador dentro de los 14 días siguientes a la entrega de la documentación del contrato.

SALUDPROFESIONAL

CONDICIONES GENERALES

NUEVAMUTUASANITARIA

ÍNDICE

SECCIÓN PRIMERA: BASES DEL CONTRATO 4

1. CLÁUSULA PRELIMINAR 4
2. QUEJAS Y RECLAMACIONES 4
3. OBJETO DEL SEGURO 5
4. FORMA DE PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS 5
5. PAGO DE PRIMAS 7
6. OBLIGACIONES, DEBERES Y FACULTADES DEL TOMADOR DEL SEGURO Y/O DEL ASEGURADO 7
7. OBLIGACIONES DE LA MUTUA 9
8. DURACIÓN DEL SEGURO 10
9. PERIODO DE CARENCIA 10
10. PÉRDIDA DE DERECHOS, RESCISIÓN E INDISPUTABILIDAD DEL CONTRATO 11
11. TRATAMIENTO DE LOS DATOS DE CARÁCTER PERSONAL 12
12. COMUNICACIONES 14
13. LEY Y JURISDICCIÓN 14
14. PRESCRIPCIÓN 15
15. ACTUALIZACIÓN ANUAL DE LAS CONDICIONES ECONÓMICAS DE LA PÓLIZA 15
16. TARJETA SANITARIA 15

SECCIÓN SEGUNDA: CLÁUSULAS DESCRIPTIVAS DE LAS COBERTURAS 16

17. DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS 16
18. EXCLUSIONES 29

GLOSARIO DE TÉRMINOS 33

ANEXO I: PRESTACIONES QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN PREVIA 37

ANEXO II: PÓLIZA DE ASISTENCIA EN VIAJE EN EL EXTRANJERO

Pág.

Estas Condiciones Generales son de aplicación a los productos: SALUD PROFESIONAL Familia y SALUD PROFESIONAL Empresa.

PCG-SALUDPROFESIONAL-FAMILIA/EMPRESA-V1 JUNIO 2020

Condiciones Generales SALUD PROFESIONAL

Esta póliza (la "**Póliza**") se compone de los siguientes documentos: la Solicitud de Seguro, las declaraciones de salud de los asegurados, estas condiciones generales (las "**Condiciones Generales**"), las condiciones particulares (las "**Condiciones Particulares**"), sus anexos y, en su caso, los suplementos que se emitan que modifiquen los anteriores.

Estas Condiciones Generales están integradas por dos secciones: la sección primera, que trata las bases legales del contrato de seguro y la sección segunda, que recoge la descripción de las prestaciones y coberturas objeto de este contrato de seguro.

SECCIÓN PRIMERA: BASES DEL CONTRATO

1. CLÁUSULA PRELIMINAR

1.1. Entidad aseguradora y órgano de control de su actividad

Nueva Mutua Sanitaria del Servicio Médico, Mutua de Seguros a Prima Fija, con domicilio en Madrid, Calle Villanueva 14, cuarta planta, 28001, se encuentra inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, Tomo 29.864, Folio 40, Sección 8, Hoja M-537332 y provista de C.I.F. V-86444965 (en adelante, la "**Mutua**") y en el Registro de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones: M-380. La Mutua se encuentra sujeta al control de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, dependiente del Ministerio de Economía y Empresa.

1.2. Legislación Aplicable

Este contrato se rige por las siguientes normas:

- Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro (la "**Ley de Contrato de Seguro**").
- Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras.

Asimismo, el contrato se rige por las demás disposiciones legales y reglamentarias españolas que le sean aplicables, por lo convenido en la propia Póliza y por las normas que en el futuro sustituyan o modifiquen a las enumeradas.

2. QUEJAS Y RECLAMACIONES

La Mutua, de conformidad con lo dispuesto en la legislación vigente, dispone de un Servicio de Atención al Cliente (SAC) al que pueden dirigirse los tomadores, asegurados, beneficiarios, o causahabientes de cualquiera de los anteriores para presentar cualesquiera quejas y reclamaciones relacionadas con esta Póliza, para lo cual la Mutua pondrá a disposición de éstos en sus oficinas impresos para la formulación de las mismas.

Las quejas o reclamaciones, que deberán formalizarse por escrito, habrán de dirigirse al SAC por cualquiera de los siguientes medios:

- Personalmente mediante su entrega en las oficinas de la Mutua.
- Por correo postal remitido a la calle Villanueva, nº 14, cuarta planta, 28001 Madrid.

- Por correo electrónico a la dirección: sac@nuevamutuasanitaria.es

El SAC acusará recibo por escrito de las mismas y las resolverá de forma motivada y en el plazo máximo legal de un mes, contado desde la fecha de presentación de la queja o reclamación.

Asimismo, podrán dirigirse por escrito, al Defensor del Cliente "D.A. Defensor, S.L.", calle Velázquez 80, 1º Dcha., 28001 Madrid, teléfono 913 104 043, fax 913 084 991, e-mail reclamaciones@da-defensor.org.

En caso de disconformidad con lo resuelto por cualquiera de las instancias anteriores, o si no han obtenido respuesta en el plazo de un mes, podrán interponer reclamación o queja ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, para lo que tiene a su disposición el correspondiente formulario en la web (http://www.dgsfp.mineco.es/). Para ello deberán acreditar que ha transcurrido el plazo de un mes desde la fecha de presentación de la reclamación o queja ante el SAC o el Defensor del Cliente, sin que estos hubieran resuelto, o cuando haya sido denegada la admisión o desestimada, total o parcialmente, su petición.

Sin perjuicio de las anteriores actuaciones, los interesados en todo caso podrán ejercitar las acciones que estimen oportunas ante la jurisdicción ordinaria.

3. OBJETO DEL SEGURO

La Mutua, dentro de los límites fijados en esta Póliza, cubre la asistencia médico-quirúrgica y hospitalaria comprendida en las especialidades que figuran en la descripción de las coberturas de la Póliza de toda clase de enfermedades o lesiones, previo cobro de la Prima correspondiente.

Los avances diagnósticos y terapéuticos que se produzcan en la ciencia médica en el periodo de vigencia del seguro podrán pasar a formar parte de las coberturas de esta Póliza, conforme a lo estipulado en la Cláusula 4 siguiente. En cada renovación, la Mutua detallará las nuevas técnicas o tratamientos incluidos que pasen a formar parte de las coberturas de la Póliza para el siguiente periodo.

En el presente Seguro de Asistencia Sanitaria no se concederán indemnizaciones optativas en metálico, en sustitución de la prestación de asistencia sanitaria, salvo en aquellos casos en que expresamente se permita.

4. FORMA DE PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS

Dentro de los límites y condiciones estipulados en la Póliza y mediante el pago de la Prima correspondiente, la Mutua pone a disposición del Asegurado los proveedores de servicios sanitarios concertados incluidos en cada momento en el Cuadro Médico, de los que el Asegurado podrá solicitar la asistencia médica descrita en las coberturas.

La incorporación en la Póliza de nuevos procedimientos diagnósticos, terapéuticos y nuevas tecnologías se hará conforme a los principios de la medicina una vez que hayan demostrado su efectividad y seguridad, y exista suficiente disponibilidad para su realización en los medios concertados de la Mutua. **No estarán cubiertos por esta Póliza los procedimientos asistenciales, consultas, medios diagnósticos o terapéuticos prescritos u ordenados por un facultativo aunque pertenezca al Cuadro Médico, mientras no estén incluidos en las prestaciones objeto de cobertura por esta Póliza.**

4.1. A través del Cuadro Médico

La Mutua asume los gastos derivados de la asistencia sanitaria que presten los proveedores de servicios sanitarios debidamente autorizados e incluidos en cada momento en el Cuadro Médico, siempre que se trate de un siniestro objeto de cobertura bajo esta Póliza.

En ningún caso la Mutua hará frente al pago de una factura abonada directamente por el Asegurado a cualquier proveedor de servicios sanitarios, incluso en el caso de que se encuentre en el Cuadro Médico y la prestación sanitaria esté garantizada por esta Póliza.

La asistencia se prestará en todas las poblaciones donde la Mutua tenga proveedores de servicios sanitarios concertados, que estén incluidos en su Cuadro Médico. Los Asegurados podrán acudir libremente a las consultas de los facultativos especialistas y de Atención Primaria que forman parte del Cuadro Médico de la Mutua.

Al recibir los servicios que procedan, el Asegurado deberá exhibir la Tarjeta Sanitaria Personal de la Mutua. Igualmente, el Asegurado estará obligado a exhibir su Documento Nacional de Identidad, si le fuese requerido. **Cada vez que el Asegurado reciba un servicio cubierto por la Póliza, abonará, en los supuestos contemplados en las Condiciones Generales y Particulares, las cantidades que en ellas figuren en concepto de participación en el coste del servicio recibido (en adelante, los "copagos o franquicias"). Los copagos o franquicias serán repercutidos al Tomador o Asegurado en la misma cuenta bancaria donde figuren domiciliados los recibos de la prima.**

Con carácter general, será necesaria la **previa autorización expresa** de la Mutua para intervenciones quirúrgicas, hospitalizaciones y para los métodos terapéuticos y pruebas diagnósticas detallados en el **Anexo I, previa prescripción escrita de los facultativos del Cuadro Médico**. La Mutua otorgará esta autorización, salvo que entendiese que se trata de una prestación no cubierta por la Póliza. Dicha autorización vinculará económicamente a la Mutua, sin perjuicio de los copagos o franquicias que deba realizar el Tomador o Asegurado.

La Mutua se obliga a prestar los servicios a domicilio en aquellas poblaciones donde tenga proveedores de servicio sanitarios concertados y únicamente en la dirección que figura en la Póliza. Cualquier cambio de la misma habrá de ser notificado fehacientemente.

Cuando necesidades asistenciales de carácter excepcional así lo requieran, la Mutua podrá remitir o trasladar al Asegurado a centros hospitalarios de carácter público para su tratamiento médico u hospitalización.

4.2. Urgencia

Los casos de urgencia vital serán atendidos en el centro más cercano al lugar en el que se encuentre el asegurado. Si se tratarse de un centro público o privado ajeno al Cuadro Médico, la Mutua abonará al Asegurado, previa justificación, los gastos médico-asistenciales exclusivamente de carácter urgente. El Asegurado o, en su caso, sus familiares, deberán comunicar el siniestro a la Mutua por cualquier medio, en el plazo de las 72 horas siguientes a su ocurrencia. Siempre que la situación clínica del Asegurado lo permita, será trasladado a un centro del Cuadro Médico.

Asimismo, el Asegurado deberá remitir una descripción por escrito del siniestro a la Mutua dentro del plazo máximo de siete días desde la prestación de la asistencia de urgencia en un centro no incluido en el Cuadro Médico.

Una vez superada la urgencia: La Mutua no asumirá los honorarios de facultativos ajenos al Cuadro Médico, ni de los gastos de internamiento y de servicios que dichos facultativos pudieran ordenar. La Mutua tampoco se hace responsable de los gastos de internamiento ni de los servicios originados en centros privados o públicos no concertados con la Mutua, cualquiera que sea el facultativo prescriptor o realizador de éstos.

5. PAGO DE PRIMAS

5.1. El Tomador del Seguro está obligado al pago de la Prima, que se realizará por domiciliación bancaria, salvo pacto en contrario en las Condiciones Particulares.

5.2. **Para el pago mediante domiciliación bancaria, el Tomador facilitará a la Mutua los datos de la cuenta bancaria y dará, a su vez, la orden oportuna a la entidad financiera.**

5.3. Conforme al artículo 15 de la Ley de Contrato de Seguro, la primera Prima o fracción de ésta será exigible una vez suscrita la Póliza. Si la primera Prima o fracción no hubiera sido pagada por culpa del Tomador, la Mutua tiene derecho a resolver el Contrato o a exigir el pago en vía ejecutiva con base en la Póliza. En todo caso, si la primera Prima o fracción de ésta no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, la Mutua quedará liberada de su obligación, salvo pacto en contrario en las Condiciones Particulares.

5.4. Las Primas se entenderán satisfechas a su vencimiento salvo que, intentado el cobro dentro del mes siguiente a dicho vencimiento, no existiesen fondos suficientes para el pago. En caso de falta de pago de las Primas sucesivas o fracciones de ésta, la cobertura quedará suspendida un mes después del día del vencimiento del recibo, y si la Mutua no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes a dicho vencimiento, se entenderá que la Póliza queda extinguida. Si la Póliza no hubiera sido extinguida conforme a lo anterior, el Tomador podrá proceder al pago de la Prima dentro de los seis meses siguientes al día de vencimiento del recibo, en cuyo caso, la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el Tomador pague la Prima.

5.5. **El Tomador perderá el derecho al fraccionamiento de la Prima que se hubiera convenido en las Condiciones Particulares en caso de impago de cualquier recibo, y la Mutua podrá exigir desde ese momento la Prima total acordada para el periodo del seguro que reste hasta el siguiente vencimiento.**

5.6. **La Mutua sólo queda obligada en virtud de los recibos librados por sus representantes legalmente autorizados.**

En caso de extinción anticipada del contrato, la parte de Prima anual no consumida corresponderá a la Mutua.

6. OBLIGACIONES, DEBERES Y FACULTADES DEL TOMADOR DEL SEGURO Y/O DEL ASEGURADO

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

a) Declarar a la Mutua, de acuerdo con el cuestionario que ésta, en su caso, le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo, así como aportar toda la documentación que se le requiera para tal fin. El Tomador quedará exonerado de esta obligación si la Mutua no le somete a cuestionario alguno o cuando aún, sometiéndoselo, se trate de circunstancias que, pudiendo influir en la valoración del riesgo, no estén comprendidas en él. En caso de reserva o inexactitud del Tomador o Asegurado en esta declaración, la Mutua podrá rescindir la Póliza mediante declaración dirigida

al Tomador del seguro en el plazo de un mes, a contar desde la fecha en que ésta tuviera conocimiento de la reserva o inexactitud. Corresponderán a la Mutua, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las Primas relativas al período en curso en el momento en que haga esta declaración. Si el siniestro sobreviene antes de que la Mutua notifique la rescisión de la Póliza, la prestación de éste se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la Prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si medió dolo o culpa grave del Tomador del Seguro, la Mutua quedará liberada del pago de la prestación.

b) Comunicar a la Mutua, durante el curso del Contrato y tan pronto como le sea posible, la alteración de los factores y las circunstancias declaradas en el cuestionario previsto en el apartado anterior que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que, si hubieran sido conocidas por la Mutua en el momento de la perfección del Contrato, no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas. El tomador o el Asegurado no tienen obligación de comunicar la variación de las circunstancias relativas al estado de salud del asegurado, que en ningún caso se considerarán agravación del riesgo.

La Mutua podrá, en un plazo de dos meses desde que la agravación sea declarada, proponer una modificación de la Póliza. En tal caso, el Tomador dispone de un plazo de quince días a contar desde la recepción de esta proposición para aceptarla o rechazarla. En caso de rechazo o silencio por parte del Tomador, la Mutua puede, transcurrido dicho plazo, rescindir la Póliza previa advertencia al Tomador, dándole para que conteste un nuevo plazo de quince días, transcurridos los cuales y dentro de los ocho días siguientes, comunicará al Tomador la rescisión definitiva. Igualmente, la Mutua podrá rescindir la Póliza comunicándolo por escrito al Asegurado en el plazo de un mes desde el día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo.

Si el siniestro se produjese antes de que el Asegurado comunicase la agravación del riesgo, la Mutua podrá reducir proporcionalmente la indemnización en los mismos términos que en el apartado anterior.

c) El Tomador o Asegurado podrán, durante la vigencia de la Póliza, poner en conocimiento de la Mutua todas las circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por ésta en el momento de la perfección del contrato, lo habría concluido en condiciones más favorables.

En tal caso, al finalizar el periodo en curso cubierto por la Prima, deberá reducirse el importe de la Prima futura en la proporción correspondiente, teniendo derecho el Tomador en caso contrario a la resolución del Contrato y a la devolución de la diferencia entre la Prima satisfecha y la que le hubiera correspondido pagar, desde el momento de la puesta en conocimiento de la disminución del riesgo.

d) Comunicar a la Mutua, tan pronto como le sea posible, el cambio de domicilio del Asegurado que conste en las Condiciones Particulares.

e) Comunicar a la Mutua, tan pronto como le sea posible, las altas de asegurados que se produzcan durante la vigencia de la póliza y **al menos con un mes de antelación al vencimiento del período de seguro en curso las bajas de asegurados**. Por lo general, las altas tomarán efecto el día primero del mes siguiente a la fecha de la comunicación efectuada por el Tomador y las bajas el día 31 de diciembre de dicho año, salvo pacto en contrario recogido en las Condiciones Particulares, procediéndose a la adaptación del importe de la Prima a la nueva situación.

f) Si la asistencia de la madre en el parto se realiza con cargo a la Póliza de la Mutua de la que aquella fuese Asegurada, los hijos recién nacidos tendrán derecho a ser incluidos en la Póliza de la madre desde el momento de su nacimiento. Para ello, el Tomador deberá comunicar a la Mutua tal circunstancia dentro de los 15 días naturales siguientes a la fecha del alta hospitalaria del recién nacido y como máximo 30 días naturales transcurridos desde la fecha del alumbramiento, mediante la cumplimentación de una Solicitud de Seguro. Las altas comunicadas en plazo retrotraerán sus efectos a la fecha del nacimiento, aplicándose los mismos periodos de carencia que faltasen por consumir a la madre, en su caso.

Si el alta del recién nacido se comunica con posterioridad al plazo indicado en el párrafo anterior, será necesario cumplimentar el Cuestionario de Salud y la Mutua podrá denegar la admisión. De aceptarse el nuevo Asegurado, serán aplicables a éste los períodos de carencia establecidos en esta Póliza. En todo caso, la Mutua cubrirá la asistencia sanitaria al recién nacido durante los primeros quince (15) días naturales de vida, finalizando la cobertura transcurrido dicho plazo si no se hubiere solicitado su alta conforme a lo establecido en este apartado.

g) Aminorar las consecuencias del siniestro, empleando los medios a su alcance para el pronto restablecimiento. Si el incumplimiento se produjera con la manifiesta intención de perjudicar o engañar a la Mutua, ésta quedará liberada de toda prestación derivada del siniestro.

h) **Será obligación del Tomador y/o Asegurado utilizar los servicios de los proveedores asistenciales que se encuentren en alta en cada momento en el Cuadro Médico**. A estos efectos, podrán consultar el Cuadro Médico en la web de la Mutua o solicitarlo en sus oficinas.

i) El Asegurado deberá facilitar a la Mutua la subrogación en su posición frente al tercero responsable. El recobro obtenido se repartirá entre el asegurado y la Mutua en proporción a la participación de las partes en la prestación. **Asimismo, el Asegurado deberá abstenerse de realizar cualquier declaración o acción que pueda suponer una renuncia al derecho anteriormente mencionado, siendo responsable el Asegurado de los daños y perjuicios que sufra la Mutua como consecuencia de dichas declaraciones**.

Este derecho de subrogación no podrá ejercitarse contra el cónyuge del Asegurado ni contra otros familiares hasta el tercer grado civil de consanguinidad, padre adoptante o hijo adoptivo que convivan con el Asegurado, salvo dolo o responsabilidad amparada por un contrato de seguro hasta el límite de su alcance.

j) El Tomador del Seguro podrá reclamar a la Mutua, en el plazo de un mes desde la entrega de la Póliza, que se subsanen las divergencias existentes entre ésta y la proposición de Seguro o las cláusulas acordadas, según dispone el artículo 8 de la Ley de Contrato de Seguro. Si el Tomador no reclama a la Mutua en ese plazo, se estará a lo establecido en la Póliza.

7. OBLIGACIONES DE LA MUTUA

Además de prestar la asistencia contratada, la Mutua entregará al Tomador del seguro los documentos que integran la Póliza o, en su caso, el documento de cobertura provisional.

Igualmente entregará al Tomador la Tarjeta Sanitaria Personal correspondiente a cada uno de los Asegurados incluidos en la Póliza.

En el momento de suscribir la Póliza, la Mutua facilitará al Asegurado el Cuadro Médico correspondiente a su provincia de residencia, con especificación, siempre que sea posible, de los siguientes extremos: (i) centro o centros permanentes de urgencia médica y quirúrgica; (ii) servicios permanentes de asistencia ambulatoria; (iii) hospitales y clínicas; y (iv) de las direcciones y horarios de consulta de los facultativos y de los servicios de información, urgencia y asistencia ambulatoria permanente en todas las capitales de las demás provincias donde la Mutua tenga presencia.

El Cuadro Médico podrá ser actualizado anualmente por la Mutua, mediante el alta o baja de los facultativos, profesionales, centros hospitalarios y otros establecimientos que lo integran. En cada renovación la Mutua enviará al Asegurado el Cuadro Médico actualizado.

8. DURACIÓN DEL SEGURO

El seguro tendrá la duración prevista en las Condiciones Particulares y, a su vencimiento, se prorrogará tácitamente por periodos anuales, **siempre que el Tomador acepte la actualización de la Prima, del copago y de la franquicia propuesta, en su caso, por la Mutua**.

No obstante lo anterior, cualquiera de las Partes podrá oponerse a la prórroga mediante notificación escrita a la otra, efectuada con un plazo de, al menos, un mes de anticipación a la conclusión del periodo del seguro en curso cuando quien se oponga a la prórroga sea el tomador, y de dos meses cuando sea la Mutua.

Si el Asegurado estuviera hospitalizado, la comunicación efectuada por la Mutua oponiéndose a la prórroga de la Póliza no surtirá efectos respecto de dicho Asegurado hasta la fecha en que obtuviere el alta médica hospitalaria, salvo renuncia del Asegurado a continuar el tratamiento.

Si el Tomador se hubiese opuesto a la prórroga con la antelación indicada en esta Cláusula, las coberturas cesarán en todo caso en la fecha de vencimiento de la Prima del periodo de seguro en curso, con independencia de que el Asegurado se encuentre en ese momento hospitalizado.

9. PERIODO DE CARENCIA

Todas las prestaciones que en virtud de la Póliza asuma la Mutua, serán facilitadas desde el momento de entrada en vigor del Contrato. **No obstante, se exceptúan de este principio general los supuestos que a continuación se detallan, que tendrán los siguientes periodos de carencia:**

- **La hospitalización e intervenciones quirúrgicas, tanto con ingreso hospitalario como ambulatorias, incluida la asistencia al parto, 180 días.**
- **Los tratamientos recogidos en los apartados Métodos Terapéuticos y Otros Servicios (Cláusulas 17.4 y 17.5), 180 días.**
- **Prestaciones Especiales recogidas en la Cláusula 17.9 de estas Condiciones Generales, tendrán los siguientes periodos de carencia:**
    - **Cirugía refractiva de la miopía, 24 meses.**
    - **Diagnóstico y tratamiento de la infertilidad, 24 meses.**

- **Chequeo médico preventivo, 180 días.**
- **Estudios del sueño, tratamientos de radioterapia oncológica, diálisis o hemodiálisis, litotricia, Biopsia Asistida por Vacío (BAV) y cápsula endoscópica, 180 días.**

- **Rehabilitación del daño cerebral (Cláusula 17.3 apartado 28), 24 meses.**
- **Cirugía metabólica (Cláusula 17.3 apartado 10), 24 meses.**
- **En general, todos los actos terapéuticos y pruebas diagnósticas que precisan autorización previa por parte de la Mutua y que así se encuentran descritos en el Anexo I Prestaciones que requieren autorización previa, 180 días.**

Los periodos de carencia anteriormente citados no serán exigibles en el caso de accidentes cubiertos por la Póliza, o de enfermedades que precisan asistencia de urgencia, así como en los casos de partos prematuros, **siempre que, de no haber sido prematuro, dicho parto se hubiera producido una vez superado el periodo de carencia**.

10. PÉRDIDA DE DERECHOS, RESCISIÓN E INDISPUTABILIDAD DEL CONTRATO

10.1. **El Asegurado pierde el derecho a la prestación garantizada en los siguientes casos:**

a) En caso de reserva o inexactitud al cumplimentar el cuestionario de estado de salud.

b) En caso de que por mala fe el Tomador del Seguro o el Asegurado omitiesen la comunicación de la agravación del riesgo (según lo establecido en la cláusula 6 b).

c) Si el siniestro sobreviene antes de que se haya pagado la primera Prima, salvo pacto en contrario.

d) Cuando el siniestro se hubiese causado por mala fe del Asegurado.

e) En el resto de casos previstos por las leyes.

10.2. El Tomador podrá rescindir el Contrato cuando el Cuadro Médico correspondiente a su provincia de residencia sufra una modificación que afecte al 50 por 100 de los especialistas, debiendo notificar tal decisión a la Mutua fehacientemente y por escrito. No será de aplicación esta norma cuando se trate de sustituciones transitorias, originadas por causa justificada, o se refiera a médicos de técnicas quirúrgicas especiales, así como a odontólogos, analistas y radiólogos.

10.3. Si se hubiere practicado reconocimiento médico o se hubiera reconocido plenitud de derechos, la Póliza será indisputable en cuanto al estado de salud del Asegurado, salvo dolo del Tomador del seguro o del Asegurado en la declaración del riesgo.

En otro caso, la Póliza será indisputable transcurrido UN AÑO desde el alta en el seguro de cada Asegurado, salvo que el Tomador y/o Asegurado hayan actuado con mala fe.

10.4. La declaración inexacta de edad sólo dará lugar a la rescisión de la Póliza si la edad real excediere de los límites de admisión establecidos por la Mutua.

En el supuesto en que, como consecuencia de una declaración inexacta del año de nacimiento, la Prima pagada hubiese sido inferior a la que correspondería haber pagado, el Tomador vendrá obligado a abonar a la Mutua la diferencia existente entre las cantidades efectivamente satisfechas a ésta en concepto de Prima y las que, de conformidad con las tarifas, le hubiere correspondido pagar según su verdadera edad por el periodo de seguro en curso. La Mutua podrá exigir al Tomador el pago de dicha diferencia en cualquier momento.

Si la Prima pagada hubiese sido superior a la que debería haberse abonado, la Mutua estará obligada a reintegrar al Tomador el importe correspondiente al exceso percibido.

11. INFORMACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

1. **Responsable del tratamiento de datos personales y Delegado de Protección de Datos**

   El responsable del tratamiento de sus datos personales es Nueva Mutua Sanitaria del Servicio Médico, Mutua de Seguros a Prima Fija ("Nueva Mutua Sanitaria") con domicilio social en calle Villanueva nº 14, 4ª planta, 28001 Madrid.

   Nueva Mutua Sanitaria ha nombrado un Delegado de Protección de Datos ante el cual podrá poner de manifiesto cualquier cuestión relativa al tratamiento de sus datos personales dirigiéndose al correo electrónico dpo@nuevamutuasanitaria.es

2. **Finalidad del tratamiento de sus datos de carácter personal**

   En NUEVA MUTUA SANITARIA tratamos sus datos de carácter personal con el máximo respeto y cumplimiento de la normativa aplicable en materia de protección de datos de carácter personal.

   En el marco de la contratación de la presente póliza de seguro, los datos de carácter personal inherentes al Tomador, así como los datos de los Asegurados (incluidos datos de carácter sensible -tales como los datos de salud-) (los "Datos"), facilitados directamente por éstos a NUEVA MUTUA SANITARIA para la ejecución de la póliza de seguro contratada, serán tratados por ésta con las siguientes finalidades:

   a) la evaluación, ejecución y control de la póliza (lo que conllevará - entre otros- que la Mutua pueda comunicar los Datos a prestadores de servicios cuyo coste es objeto de cobertura y solicitarles asimismo información -incluidos datos personales, en su caso, de salud- sobre la causa que motiva la prestación cuyo coste es objeto de cobertura);

   b) el cumplimiento de obligaciones legales;

   c) la liquidación de siniestros, la colaboración estadístico actuarial para permitir la tarificación y selección de riesgos, la elaboración de estudios de técnica aseguradora y la prevención del fraude, así como para su cesión a reaseguradores para la evaluación, desarrollo, cumplimiento, control y ejecución de tal relación contractual de reaseguro.

Respecto a los datos que se identifican como datos identificativos y datos de contacto, en caso de que preste su consentimiento expreso marcando la casilla que encontrará al efecto en las condiciones particulares, los trataremos para darle a conocer comunicaciones comerciales e información (por medios ordinarios, correo electrónico u otro medio de comunicación equivalente) sobre servicios y productos de NUEVA MUTUA SANITARIA, ofertas o promociones especiales de la Mutua, así como campañas de medicina preventiva.

Le informamos de que nos limitaremos a tratar sus datos de carácter personal con las finalidades citadas.

Le informamos de que, en ningún caso, se adoptarán decisiones automatizadas en base a su perfil.

Plazo de conservación de los datos personales

Al tratarse de su póliza de seguro de salud, trataremos sus datos de carácter personal durante todo el tiempo que permanezca en vigor y, una vez finalice la relación contractual, durante el tiempo necesario para cumplir con las exigencias legales.

Del mismo modo, en caso de que haya prestado su consentimiento para el envío de información comercial, trataremos sus datos de carácter personal hasta que usted manifieste su deseo de no seguir recibiendo información y comunicaciones comerciales por nuestra parte.

Legitimación para llevar a cabo el tratamiento de sus datos de carácter personal

Le informamos de que la legitimación para el tratamiento de sus datos es que el tratamiento es necesario para la ejecución de un contrato en el que usted es parte.

En cuanto al envío de información comercial, le informamos de que la legitimación para el tratamiento de sus datos es el consentimiento que, en su caso, nos preste marcando la casilla habilitada al efecto en las condiciones particulares.

3. ¿A qué destinatarios se comunican sus datos?

- A prestadores de servicios cuyo coste es objeto de cobertura y solicitarles asimismo información -incluidos datos personales, en su caso, de salud- sobre la causa que motiva la prestación cuyo coste es objeto de cobertura.

- A reaseguradores para la evaluación, desarrollo, cumplimiento, control y ejecución de relación contractual de reaseguro.

- A las entidades a las que estemos obligados por exigencia legal.

Además, le informamos también de que NUEVA MUTUA SANITARIA trabaja con varias entidades que le prestan un servicio que requiere acceso a datos de carácter personal, siendo, por tanto, estas entidades encargadas del tratamiento de NUEVA MUTUA SANITARIA.

4. **Derechos del interesado en relación con el tratamiento de sus datos personales**

Como titular de los datos de carácter personal, tanto en nombre propio como a través de un representante –legal o voluntario- podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, limitación del tratamiento, supresión, oposición, así como el derecho a la portabilidad de sus datos.

Para ejercerlos, debe ponerse en contacto con nosotros a través del correo electrónico dpo@nuevamutuasanitaria.es indicando en el Asunto "Derechos Protección de Datos" o, si lo prefiere, por correo postal a Nueva Mutua Sanitaria del Servicio Médico en Calle Villanueva nº 14 4º, Madrid 28001, especificando qué derecho quiere ejercer y enviando una fotocopia de su DNI.

En el plazo máximo de 30 días –poniendo todo nuestro esfuerzo y los medios que estén a nuestro alcance para reducir ese plazo al máximo posible-, desde que recibamos su solicitud, obtendrá respuesta por nuestra parte. En caso de no quedar conforme, podrá acudir a la Agencia Española de Protección de Datos para solicitar la tutela de derechos.

Además, le informamos de que puede presentar una reclamación en materia de protección de datos ante la Agencia Española de Protección de Datos. Dispone de toda la información en su página web: www.aepd.es

5. **Origen de los datos de carácter personal**

Los datos personales que tratamos en NUEVA MUTUA SANITARIA han sido recogidos en la póliza de seguro y en otros documentos relacionados.

Las categorías de datos que se tratan son: Datos identificativos, datos de características personales, datos de circunstancias sociales, datos de empleo, datos académicos y sociales, datos económicos, financieros y de seguros y datos de salud.

12. COMUNICACIONES

Las comunicaciones a la Mutua por parte del Tomador del seguro o del Asegurado, se realizarán en el domicilio social de ésta que figura en la Póliza. No obstante, si dichas comunicaciones se realizan al agente representante de la Mutua que haya mediado en la Póliza, surtirán los mismos efectos que si se hubieran realizado directamente a ésta.

Las comunicaciones de la Mutua al Tomador o al Asegurado se realizarán en el domicilio de éstos recogido en la Póliza, o a aquél que se hubiera notificado a la Mutua en caso de producirse un cambio de domicilio.

13. LEY Y JURISDICCIÓN

Será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas de la Póliza el del domicilio del Asegurado.

La ley aplicable a los conflictos derivados de este contrato será la ley española.

14. PRESCRIPCIÓN

Las acciones que se deriven de esta Póliza prescribirán a los cinco años desde la fecha en que pudieron ejercitarse.

15. ACTUALIZACIÓN ANUAL DE LAS CONDICIONES ECONÓMICAS DE LA PÓLIZA

Las actualizaciones de las condiciones económicas de la Póliza en cada anualidad serán las siguientes:

15.1. La Mutua, en cada renovación, podrá actualizar el importe de las Primas, así como las franquicias y los importes de los Copagos.

Estas actualizaciones de Primas, franquicias y Copagos se realizarán en virtud de los criterios técnico-actuariales necesarios para determinar la incidencia del incremento del coste de los servicios sanitarios, el aumento de la frecuencia de las prestaciones cubiertas por la Póliza, la incorporación de innovaciones tecnológicas u otros hechos de similares consecuencias.

15.2. Además, en cada renovación, la Prima anual también podrá variar de acuerdo con los siguientes criterios: (i) la zona geográfica correspondiente al domicilio del Asegurado y (ii) la edad alcanzada por cada uno de los Asegurados. La Mutua aplicará la tarifa de Primas que tenga en vigor en la fecha de cada renovación.

Si el Asegurado cumple años durante la vigencia del Contrato, de forma que pase a estar comprendido en un grupo de edad diferente, la actualización de la Prima por este motivo se producirá en el siguiente vencimiento anual.

La Mutua notificará al Tomador, con dos meses de anticipación al vencimiento, estas actualizaciones, pudiendo el Tomador del seguro, optar entre la prórroga del Contrato, lo que supone la aceptación de las nuevas condiciones económicas, o poner término al mismo al vencimiento de la anualidad en curso. En este último caso, deberá notificar a la Mutua fehacientemente y por escrito su voluntad en tal sentido con anterioridad a la fecha de renovación de la Póliza. **Si el Tomador no efectuase declaración alguna sobre las nuevas condiciones económicas antes de esa fecha, éstas se entenderán aceptadas y el pago del primer recibo correspondiente a la Prima del siguiente periodo de seguro supondrá la aceptación por el Tomador de las nuevas condiciones de la Póliza**.

16. TARJETA SANITARIA

La Mutua entregará al Tomador, una vez formalizada la Póliza, una Tarjeta Sanitaria Personal por cada Asegurado. Dicha tarjeta contendrá, al menos, los siguientes datos:

- Número de Tarjeta.
- Nombre y apellidos del Asegurado.
- Fecha de alta.

La Tarjeta Sanitaria, propiedad de la Mutua, es un documento de uso personal e intransferible.

En caso de pérdida, sustracción o deterioro, el Tomador del Seguro y el Asegurado tienen la obligación de comunicarlo a la Mutua en el plazo de setenta y dos horas.

En tales casos, la Mutua procederá a emitir y enviar una nueva tarjeta al domicilio del Asegurado que figura en la Póliza, anulando la extraviada, sustraída o deteriorada.

Asimismo, el Tomador del Seguro y el Asegurado se obligan a devolver a la Mutua la Tarjeta Sanitaria correspondiente al Asegurado que hubiere causado baja en la Póliza.

La Mutua no se responsabiliza de la utilización indebida o fraudulenta de la Tarjeta Sanitaria.

SECCIÓN SEGUNDA: CLÁUSULAS DESCRIPTIVAS DE LAS COBERTURAS

17. DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS

17.1. Atención primaria

La atención primaria cubierta por esta Póliza integra los siguientes servicios:

1. Medicina general: asistencia médica en consultorio, indicación y prescripción de las pruebas y medios diagnósticos básicos (analítica, ecografía y radiología general), durante los días y horas establecidos al efecto por el facultativo, y a domicilio cuando, por motivos que dependan sólo de la enfermedad que aqueje al Asegurado, el mismo se encuentre impedido de trasladarse al consultorio del médico. En caso de urgencia el Asegurado podrá acudir a los servicios permanentes de urgencia que tiene establecidos la Mutua, o bien ponerse en contacto con el Teléfono de Urgencias 24 horas, para solicitar el servicio a domicilio.

2. Pediatría y puericultura: comprende la asistencia en consultorio de niños hasta cumplir los 14 años de edad, la indicación y prescripción de las pruebas y medios diagnósticos básicos (analítica, ecografía y radiología general), aplicándose las mismas normas ya citadas en medicina general.

3. Servicio de Enfermería: asistencia en consultorio y a domicilio, previa prescripción de un médico de la Mutua y efectuando los avisos en la forma señalada en el apartado relativo a medicina general.

17.2. Urgencias

Comprende la asistencia sanitaria en casos de urgencia que serán atendidos en los centros incluidos en el Cuadro Médico en dicho apartado. Los casos de urgencia serán atendidos en el centro más cercano al lugar en el que se encuentre el asegurado, aunque se trate de centros públicos o privados ajenos al Cuadro Médico, conforme a lo establecido en la Cláusula 4.2.

En caso justificado, se facilitará el servicio a domicilio por los servicios permanentes de urgencias, debiendo solicitar la asistencia en el Teléfono de Urgencias 24 horas que figura en el Cuadro Médico.

17.3. Especialidades médicas, quirúrgicas y pruebas diagnósticas.

Las pruebas diagnósticas serán realizadas por los servicios que la Mutua designe y será necesaria la prescripción escrita de un médico perteneciente al Cuadro Médico y, en su caso, la autorización expresa de la Mutua.

Las especialidades médicas, quirúrgicas y pruebas diagnósticas cubiertas por esta Póliza son las siguientes:

1. Alergia e inmunología: **Excluidas las autovacunas y los test de sensibilización, que serán por cuenta del Asegurado.**

2. Análisis clínicos.

3. Anatomía patológica. **Excluidos estudios de segunda opinión.** Incluye la realización de las siguientes dianas terapéuticas: BRAF, ALK, K-RAS, N-RAS, C-ERB2/HER2, EGFR, C-Kit previa a la administración de fármacos citostáticos, **siempre que, en la ficha técnica de dicho fármaco establecida por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, se exija su determinación. Estos criterios se aplican igualmente a los estudios genéticos.**

4. Anestesiología y reanimación.

5. Angiología y cirugía vascular. **Excluido el tratamiento esclerosante de varices con espuma, microespuma y con radiofrecuencia.**

6. Aparato digestivo. Incluye las técnicas endoscópicas y la cápsula endoscópica en intestino delgado **exclusivamente para el diagnóstico de anemias de origen desconocido.** La prueba diagnóstica fibroescan está cubierta, **una vez al año por Asegurado, solo para evaluar la evolución del grado de fibrosis hepática en hepatopatías crónicas, con exclusión de las que tienen alguna relación con el alcoholismo.** La técnica de disección endoscópica submucosa se incluye **únicamente para el tratamiento de lesiones de la mucosa gástrica/colorectal, premaligna o maligna incipiente en las que se ha descartado polipectomia convencional y que se plantea el tratamiento quirúrgico y exclusivamente realizada por aquellos proveedores expresamente autorizados por la Mutua.**

7. Cardiología. **Excluidas prótesis y dispositivos cardiacos de implantación percutánea.**

8. Cirugía cardiovascular.

9. Cirugía general y del aparato digestivo: incluye la vía laparoscópica en aquellas intervenciones del aparato digestivo en las que hay evidencia científica de que su eficacia ha superado a las técnicas no laparoscópicas, **exclusivamente realizadas por los profesionales especialmente acreditados por la Mutua para éstas.**

10. Cirugía metabólica: comprende el tratamiento quirúrgico en las siguientes indicaciones:

    a. Adultos entre 18-60 años con Índice de Masa Corporal (IMC) ≥40 kg/m2 durante más de 5 años.

    b. Adultos entre 18-60 años con IMC entre 35.0 y 39.9 kg/m2 durante más de 5 años con al menos una de las siguientes enfermedades: Diabetes tipo 2, apnea obstructiva del sueño (SAOS), hipertensión, hiperlipidemia, enfermedad hepática del hígado graso no alcohólico (NAFLD), esteatohepatitis no alcohólica (NASH), pseudotumor cerebral, enfermedad por reflujo gastroesofágico, asma, incontinencia urinaria grave.

Excluido si el IMC<35, en caso de alcoholismo o drogodependencia y en caso de enfermedad oncológica activa.

11. Cirugía oral y maxilofacial. Comprende el diagnóstico y tratamiento quirúrgico de las enfermedades y traumatismos que involucren exclusivamente a la mandíbula, maxilar y huesos propios de la cara. **Están excluidos los tratamientos propios de la especialidad de Odontoestomatología, así como tratamientos estéticos y/o que tengan finalidad funcional del área bucodental del paciente, entre otros las cirugías ortognáticas, preimplantológicas y preprotésicas. Quedan excluidas las complicaciones derivadas de dichos tratamientos y cirugías.**

12. Cirugía pediátrica.

13. Cirugía plástica y reparadora. **Están excluidos los tratamientos estéticos**.

14. Cirugía torácica.

15. Dermatología. **Excluida terapia fotodinámica** salvo para casos de Queratosis actínicas, Carcinomas basocelulares superficiales y nodulares, Enfermedad de Bowen y Enfermedades cutáneas (tanto tumorales como inflamatorias e infecciosas).

16. Diagnóstico por imagen: **Previa prescripción por un médico del Cuadro Médico**, cubre las técnicas de radiología general, ecografía, tomografía axial computerizada (T.A.C.), resonancia magnética, angiografía, arteriografía digital y gammagrafía, la densitometría ósea, mamografía y servicios de radiología intervencionista o invasiva. **Excluida colonoscopia virtual, el TAC o el Scanner dentales.**

    (a) Coronariografía por TAC o TAC Coronario: **exclusivamente en pacientes con síntomas de enfermedad coronaria con prueba de isquemia no concluyente, cirugía de recambio valvular, valoración de estenosis coronaria tras intervención de by-pass y malformaciones del árbol coronario. Se excluye la valoración de estenosis tras implantación de stent coronario y el score cálcico.**

    (b) Resonancia magnética cardiaca: **cubierta exclusivamente para:**

    - **Diagnóstico y seguimiento de la cardiopatía congénita del adulto**
    - **Cuantificación de shunts/cortocircuitos cardíacos.**
    - **Retorno venoso pulmonar o sistémico anómalo congénito o yatrogénico**
    - **Estudio y seguimiento de los shunts cardíacos**
    - **Aneurisma Aórtico (sinus Valsalva) y Coartación Aortica**
    - **Anillos Vasculares**
    - **En cardiopatía isquémica diagnosticada: para estudio de las Anomalías arterias coronarias, para la evaluación y medida de volúmenes, masa y función ventricular en la cardiopatía isquémica y para la detección y evaluación de la Viabilidad miocárdica tras infarto cardíaco.**

- **Detección y caracterización de tumores cardíacos pericárdicos**
- **Estudio de la Cardiomiopatía hipertrófica (sólo la apical)**
- **Estudio de la Cardiomiopatía dilatada para diferenciación de la disfunción relacionada con la enfermedad arterial coronaria**
- **Estudio cardíaco en la Displasia arritmogénica**
- **En enfermedad valvular para Caracterización de la anatomía y función cámara cardíaca y Cuantificación del reflujo. (Excluído para Cuantificación de la estenosis o evaluación de válvulas protésicas)**

(c) Resonancia magnética de mama: **Excluido para valoración de mamas portadoras de prótesis por motivos estéticos.**

(d) Resonancia de Próstata o Resonancia Multiparamétrica; **cubierta exclusivamente para:**

- **Estadificación local, regional o a distancia del cáncer de próstata ya diagnosticado;**
- **Detección o guía para biopsia diagnóstica ante resultado negativo en biopsias previas;**
- **Seguimiento activo de cáncer de próstata;**
- **Monitorización terapéutica.**

17. Endocrinología. **Quedan excluidos los tratamientos para adelgazar.** Geriatría: **queda excluido cualquier internamiento o asistencia derivados de problemas de tipo social.**

18. Ginecología: incluye la medicina preventiva, con exámenes periódicos encaminados al diagnóstico precoz de neoplasias de mama y de cuello uterino. Incluye el estudio, diagnóstico y tratamiento de la infertilidad y la esterilidad, según se describe en el apartado correspondiente en Prestaciones Especiales. Las intervenciones ginecológicas por vía laparoscópica y las histeroscopias. El drenaje linfático inmediatamente posterior a la mastectomía de origen neoplásico, **con el límite de ocho sesiones (una sesión semanal hasta un máximo dos meses de tratamiento)**.

19. Hematología y hemoterapia.

20. Medicina interna.

21. Medicina nuclear / Isótopos radioactivos.

    El PET y PET/TAC es objeto de cobertura **exclusivamente por la Póliza para las indicaciones autorizadas por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios con el fármaco fludesoxiglucosa**. Dichas indicaciones son concretamente las siguientes:

- Oncología Diagnóstica:

    - Caracterización del nódulo pulmonar solitario.
    - Detección del tumor de origen desconocido evidenciado, por ejemplo, por adenopatía cervical, metástasis hepáticas u óseas.
    - Caracterización de una masa pancreática.

- Estadificación:

    - Tumores de cabeza y cuello, incluyendo biopsia guiada asistida.
    - Cáncer de pulmón primario.
    - Cáncer de mama localmente avanzado.
    - Cáncer de esófago.
    - Carcinoma de páncreas.
    - Cáncer colorrectal, especialmente en las recurrencias.
    - Linfoma maligno.
    - Melanoma maligno, con Breslow mayor de 1,5 mm o metástasis en nódulos linfáticos en el diagnóstico inicial.

- Monitorización de la respuesta al tratamiento:

    - Linfoma maligno.
    - Tumores de cabeza y cuello.

- Detección en caso de sospecha razonable de recidiva:

    - Gliomas con alto grado de malignidad (III o IV)
    - Tumores de cabeza y cuello.
    - Cáncer de tiroides (no medular): pacientes con incremento de los niveles séricos de tiroglobulina y rastreo corporal con yodo radiactivo negativo.
    - Cáncer de pulmón primario.
    - Cáncer de mama.
    - Carcinoma de páncreas.
    - Cáncer colorrectal.
    - Cáncer de ovario.
    - Linfoma maligno.
    - Melanoma maligno.

- Neurología

    - Localización de focos epileptógenos en la valoración prequirúrgica de la epilepsia temporal.

22. Nefrología.

23. Neonatología. Asistencia al recién nacido: comprende la asistencia sanitaria al recién nacido en centros concertados por la Mutua y los gastos derivados de la misma, **siempre y cuando el parto haya sido cubierto por la Póliza se prestará durante los 15 días siguientes a su nacimiento y, con posterioridad, cuando el recién nacido esté dado de alta en la Mutua de acuerdo con lo establecido en esta Póliza**.

24. Neumología.

25. Neurocirugía. Incluido el uso de neuronavegador y aspirador ultrasónico **exclusivamente en aquellos proveedores expresamente autorizados por la Mutua.**

26. Neurofisiología. Incluye Vídeo EEG y Estudio del Sueño. **Excluido el estudio polisomnográfico para calibración de CPAP.**

27. Neurología: Incluye la rehabilitación del daño cerebral **exclusivamente producido por Ictus y/o accidentes cerebro vasculares agudos**; **la rehabilitación solo estará cubierta para déficits funcionales moderados o graves secundarios a dicho Ictus y con situación clínica estable y solo si se inicia durante los primeros 60 días desde el comienzo del episodio.** La rehabilitación del daño cerebral puede darse en régimen de ingreso o ambulatorio con un **límite de 30 días, pasados los cuales la prestación dejará de ser cubierta por Nueva Mutua Sanitaria. Queda excluida la rehabilitación del daño cerebral de cualquier otra etiología** como por ejemplo traumatismos craneales/encefálicos, tumores cerebrales, parálisis cerebral, lesiones medulares, lesiones traumáticas, mielopatías y enfermedades neurodegenerativas.

28. Obstetricia. Incluye las clases de preparación al parto, una ecografía tipo doppler en cada trimestre del embarazo y los siguientes estudios prenatales: EBA screening, amniocentesis y biopsia corial**. Excluido cualquier otro medio de diagnóstico y pruebas genéticas durante el embarazo.**

29. Odontoestomatología: incluye **únicamente extracciones, curas estomatológicas derivadas de éstas y limpiezas de boca prescritas por odontólogo de la Mutua**.

30. Oftalmología: incluye la fotocoagulación con láser, y el trasplante de córnea. Se incluyen los procedimientos de optometría, siempre y cuando vayan acompañados de la prescripción de un oftalmólogo de la Mutua. También está incluida la cirugía refractiva de la miopía mediante láser, según se describe en el apartado correspondiente en Prestaciones Especiales. **Excluidas inyecciones intravítreas de medicación.**

31. Oncología: incluye trasplantes autólogos de médula ósea o de células progenitoras de sangre periférica **exclusivamente para tratamientos de tumores de estirpe hematológica.** Quedan incluidos los reservorios implantables de perfusión endovenosa utilizados en quimioterapia.

32. Otorrinolaringología: Se incluye la cirugía mediante láser CO2 y radiofrecuencia.

33. Planificación Familiar: Incluye consulta, implantación de DIU (**excluido el coste del dispositivo**), vasectomía y ligadura de trompas.

34. Psiquiatría.

35. Reumatología.

36. Radiología intervencionista o invasiva: Previa prescripción escrita de un facultativo de la Mutua y tras la autorización de la misma.

37. Traumatología y cirugía ortopédica: incluye la cirugía artroscópica, cirugía de la mano, nucleotomía percutánea, quimionucleolisis así como los injertos óseos de materiales biológicos. **Excluidos tratamientos con factores de crecimiento**.

38. Urología: Incluye, **exclusivamente por aquellos proveedores expresamente autorizados por la Mutua** El estudio, diagnóstico y tratamiento de la infertilidad y la esterilidad, según se describe en el apartado correspondiente en Prestaciones Especiales. Las intervenciones por vía laparoscópica. La fotovaporización de próstata con láser verde. Ureteroscopia con litotricia asistida por láser de Holmio (endouretral): tratamiento integral para litiasis ureteral.Biopsia de próstata fusión: **exclusivamente para pacientes con lesiones PIRAD 3, 4 y 5 en la resonancia.**Prostatectomía con láser de Holmio (enucleación), **exclusivamente para la hipertrofia benigna de próstata con volumen mayor de 60cc.**

    a. Terapia focal próstata criocirugía: **exclusivamente para recidiva de cáncer de próstata tras radioterapia externa o braquiterapia.**

    b. Micro ultrasonidos de próstata en los casos de pacientes:

        i. Con lesiones PIRADS 3 en la resonancia magnética

        ii. Con resonancia magnética normal y sospecha de cáncer de próstata por PSA en ascenso.

    Excluido en pacientes con lesiones en la resonancia magnética PIRADS 4 y 5.

Están excluidos el estudio, diagnóstico y tratamiento (inclusive la cirugía) de la impotencia y de la disfunción eréctil.

17.4. Métodos terapéuticos

Serán realizados por los servicios que la Mutua designe y será necesaria la previa prescripción escrita de un médico especialista del Cuadro Médico.

Los métodos terapéuticos cubiertos por esta Póliza son los siguientes:

1. Aerosolterapia y ventiloterapia: **en todos los casos los medicamentos serán por cuenta del Asegurado.**

2. CPAP y BiPAP: solamente para el tratamiento de insuficiencia respiratoria de origen neuromuscular o pulmonar. **Excluido en el caso de apnea obstructiva del sueño**.

3. Hemodiálisis: se prestará tanto en régimen ambulatorio como ingresado, **exclusivamente para el tratamiento de las insuficiencias renales agudas, siendo el periodo máximo de tratamiento de un año.**

4. Litotricia del aparato urinario.

5. Foniatría: Como tratamiento de rehabilitación en caso de nódulos laríngeos o tras laringuectomía, **hasta un máximo de 24 sesiones al año**.

6. Oxigenoterapia: se prestará tanto en supuestos de ingreso en institución hospitalaria como a domicilio. Incluye la oxigenoterapia ambulante **exclusivamente con concentrador**.

7. Quimioterapia: la Mutua proporcionará la medicación citostática que pueda precisar el enfermo, en tantos ciclos como sean necesarios. La prescripción de dicha medicación deberá ser siempre realizada por el médico especialista en oncología del Cuadro Médico que esté encargado de la asistencia al enfermo. Los tratamientos correrán por cuenta de la Mutua, tanto en régimen de hospital de día como en ingreso, cuando el internamiento se hiciera necesario, y siendo en todos los casos el médico especialista encargado de la asistencia quien dispondrá la forma y tratamientos a realizar. **En estos tratamientos, la Mutua, por lo que se refiere a los medicamentos, sólo correrá con los gastos correspondientes a los productos farmacéuticos específicamente citostáticos que se expendan en el mercado nacional en las indicaciones relacionadas en la ficha técnica del producto autorizadas por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Excluida la medicación oral y de uso compasivo (aunque sean citostáticos).**

8. Radioterapia: cubierta exclusivamente para procesos oncológicos. Incluye también la radiocirugía estereotáxica para el tratamiento de procesos tumorales, principalmente malignos, malformaciones arteriovenosas cerebrales y como último escalón terapéutico en la neuralgia de trigémino**. Excluida la protronterapia**.

9. Rehabilitación: Está comprendida únicamente con carácter ambulatorio y exclusivamente para las afecciones de origen en el aparato locomotor, en los centros designados por la Mutua, **hasta un máximo de 40 sesiones al año para patologías crónicas y hasta 60 sesiones para patologías agudas ocasionadas por traumatismos o postquirúrgicas. En régimen de ingreso hospitalario se prestará sólo y exclusivamente para la recuperación del aparato locomotor secundaria a una cirugía ortopédica y la recuperación cardiaca tras la cirugía con circulación extracorpórea**. También incluye el drenaje linfático postmastectomía de origen neoplásico descrito en la cláusula 17.3 apartado 19. **Queda excluida la rehabilitación a domicilio, la rehabilitación de origen neurológico**, salvo la rehabilitación del daño cerebral definida en la cláusula 17.3 apartado 28.**, rehabilitación del suelo pélvico, rehabilitación cardíaca en régimen ambulatorio o aquellas que usen equipamiento robótico así como la rehabilitación respiratoria**.

La rehabilitación con ondas de choque se prestará exclusivamente para las siguientes patologías: Tendinitis calcificada de hombro; epicondilitis humeral; epitrocleítis humeral; fascitis plantar; y retraso en la consolidación de fracturas o no unión (pseudoartrosis). **El número máximo de sesiones para este tipo de tratamiento es de 5 sesiones por patología**.

10. Tratamiento del dolor: quedan incluidos exclusivamente los reservorios implantables (tipo port-a-cath), y **expresamente excluidas las bombas implantables para infusión de medicamentos y los electrodos de estimulación medular. Excluida iontoforesis**.

17.5. Otros servicios

Otros servicios cubiertos por esta Póliza son los siguientes:

1. Ambulancia: **Se prestará este servicio por vía terrestre** para traslados urbanos o interurbanos en la provincia de residencia del Asegurado, desde su domicilio al hospital y viceversa. Están comprendidos igualmente los traslados entre centros hospitalarios localizados en provincias diferentes cuando los recursos asistenciales en la provincia en la que resida el Asegurado no sean suficientes para atenderlo. **Esta prestación sólo cubre el traslado para ingreso hospitalario o asistencia de urgencia y no incluye los requeridos para tratamientos de rehabilitación, realización de pruebas diagnósticas ni asistencia a consultas médicas en régimen ambulatorio, aunque sean prescritas por un médico de la Mutua**.

2. Podología: **solo se garantiza la quiropodia y limitada a ocho sesiones anuales.**

3. Psicología: Comprende la atención psicológica de carácter individual, prescrita por psiquiatras, pediatras u oncólogos. Comprende el diagnóstico psicológico simple y la interpretación de los test psicométricos, **cuyos formularios serán por cuenta del asegurado. Se garantiza hasta un máximo de 4 consultas o sesiones al mes, con un límite de 16 anuales, de media hora de duración, por asegurado**. En casos especiales en que no se consiga el alta del paciente en este periodo, se podrá solicitar una ampliación por dos meses más (8 sesiones) aportando un informe que lo justifique.

4. Hospitalización domiciliaria: se llevará a cabo por los equipos sanitarios que designe la Mutua cuando la patología del enfermo requiera cuidados especiales sin llegar a precisar ingreso hospitalario y siempre previa prescripción del médico del Cuadro Médico. **No comprende la asistencia de problemas de tipo social.**

5. Prótesis: **comprende exclusivamente, previa prescripción escrita de un médico especialista del Cuadro Médico y realizado por los facultativos que la Mutua designe, las prótesis y "material implantable" expresamente indicados a continuación:**

- Oftalmología: **Excluido todo tipo de material y lentes** excepto la lente monofocal utilizada para la cirugía de cataratas.

- Traumatología y Cirugía Ortopédica: Prótesis de cadera, rodilla, y de otras articulaciones; material necesario para la fijación de columna; disco intervertebral; material de interposición intervertebral (o interespinosas); material necesario para vertebroplastia-cifoplastia; material osteo-ligamentoso biológico obtenido de bancos de tejidos nacionales; material de osteosíntesis.

- Cardiovascular: Incluye prótesis vasculares (stent, by-pass periférico o coronario, medicalizado o no), marcapasos y válvulas cardíacas implantables mediante cirugía cardíaca convencional; **quedan excluidas las de implantación por vía percutánea, el marcapasos de tipo desfibrilador, el corazón artificial y el tipo resincronizador, así como el resto de dispositivos intracardiacos de implantación percutánea.**

- Quimioterapia o tratamiento del dolor: **excluidos todos los dispositivos** excepto reservorios.

- Otros materiales quirúrgicos: Mallas abdominales, **excluidas las de doble capa para el tratamiento de la patología de la pared abdominal**; sistemas

de suspensión urológica; sistemas de derivación de líquido cefalorraquídeo (hidrocefalia); prótesis de mama y expansores, **exclusivamente en la mama afectada por una cirugía tumoral previa.**

6. Estudios Genéticos:

- Comprende aquellos estudios cuyo fin sea diagnosticar y tratar una enfermedad de índole genética.
- Incluye el estudio de los genes BRCA1 y BRCA2 en las siguientes indicaciones:

  A. Paciente sin antecedente personal de cáncer de mama u ovario que cumpla los siguientes requisitos:

     - Con 2 o más familiares de 1º o 2º grado menor de 50 años afectado por cáncer de mama.
     - Con 2 o más familiares de 1º o 2º grado afectado por cáncer de ovario a cualquier edad.
     - Con 2 o más familiares de 1º o 2º grado menor de 50 años afectado por cáncer de mama y por cáncer de ovario a cualquier edad.

  B. Paciente mayor de 50 años con antecedente de cáncer de mama que cumpla los siguientes requisitos:

     - Con 2 o más familiares de 1º o 2º grado menor de 50 años afectado por cáncer de mama.
     - Con 2 o más familiares de 1º o 2º grado afectado por cáncer de ovario a cualquier edad.
     - Con 2 o más familiares de 1º o 2º grado menor de 50 años afectado por cáncer de mama y por cáncer de ovario a cualquier edad.

  C. Paciente varón con cáncer de mama.

  D. Paciente menor de 50 años con cáncer de mama.

  E. Paciente con cáncer de ovario y cáncer de mama.

- **Queda excluido el estudio molecular del gen PCA3. Excluido tipaje DNA HLA A/B/C/DQ/DR** (este último excepto para trasplante en paciente afecto).

17.6. Hospitalización

La hospitalización tendrá lugar en las clínicas u hospitales designados por la Mutua, ocupando el enfermo habitación individual convencional y cama de acompañante **excepto en las hospitalizaciones psiquiátricas, en U.V.I. e incubadora** y siendo por cuenta de la Mutua el tratamiento, las estancias, manutención del enfermo, curas y su material, así como los gastos de quirófano, productos anestésicos y medicamentos.

Esta Póliza cubre los siguientes tipos de hospitalización:

(i) Hospitalización médica: se realizará previa prescripción escrita de un médico de la Mutua en los centros que ésta designe, para la atención de personas mayores de 14 años.

(ii) Hospitalización pediátrica: se realizará previa prescripción escrita de un médico de la Mutua en los centros que ésta designe, para la atención de personas menores de 14 años. Incluye tanto la hospitalización convencional como en incubadora **(en el último caso, no se incluye cama de acompañante)**.

(iii) Hospitalización psiquiátrica: se realizarán los internamientos previa prescripción escrita de un especialista de la Mutua, en centros psiquiátricos designados por ésta, en habitación individual si la patología lo requiere, **sin cama de acompañante**. Comprenderá los gastos de estancia, la medicación y los tratamientos médicos propios. **Sólo se facilitará para los tratamientos de los brotes agudos que no sean de enfermos crónicos, quedando la estancia limitada a un periodo máximo de treinta (30) días al año.**

(iv) Hospitalización en U.V.I. (Unidad de Vigilancia Intensiva): se realizará en los centros designados por la Mutua, previa prescripción de un médico de ese centro, en instalaciones adecuadas, **sin cama de acompañante**.

(v) Hospitalización quirúrgica: las intervenciones quirúrgicas cuya índole lo requiera, serán practicadas en clínica u hospital designados por la Mutua, previa prescripción de un médico del Cuadro Médico. La misma asistencia tendrán los partos distócicos o prematuros.

(vi) Hospitalización obstétrica (parto en sanatorio): atendido por obstetra, auxiliado por matrona e incluye los gastos de paritorio. **Se excluyen expresamente los partos en medio acuático, a domicilio y por medios alternativos.**

En el caso de que el médico que prescribe el ingreso sea ajeno al Cuadro Médico, se podrá autorizar el ingreso hospitalario con cargo a la Mutua en las siguientes condiciones:

- **Serán a cargo del paciente los gastos relativos a honorarios médicos (cirujano, ayudantes, anestesista, etc.) ajenos al Cuadro Médico, así como las prótesis y prescripciones diagnósticas realizadas por éstos.**

- **Como máximo, podrán ser autorizados los siguientes días de estancia: partos e intervenciones quirúrgicas pequeñas, 3 días; intervenciones medianas (grupos 4, 5 y 6 del Nomenclator de la OMC), 4 días; intervenciones grandes (grupos 7 y 8 del Nomenclator), 8 días, siendo éste el máximo de cobertura que presta la Mutua en este tipo de ingresos.**

- Esta cobertura será válida para todos los hospitales concertados que figuran en el Cuadro Médico que no hayan mostrado su oposición para este tipo de acuerdos y que acepten expresamente la autorización emitida por la Mutua.

17.7. Teléfono de Urgencias 24 horas

Servicio telefónico que facilita atención informativa sobre el cuadro médico, así como asesoramiento en situaciones de urgencia, facilitado por un equipo médico las 24 horas del día, los 365 días del año.

17.8. Asistencia en viaje

La asistencia de urgencia fuera del territorio español se presta a través de la contratación

de una póliza colectiva de asistencia en viaje que incluye, de modo general, las siguientes coberturas:

- Pago o reembolso de gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y de hospitalización.
- Transporte o repatriación sanitaria del Asegurado en caso de enfermedad o accidente y del resto de los Asegurados en caso de no poder realizarlo por los medios previstos inicialmente.
- Transporte o repatriación del Asegurado fallecido y acompañantes Asegurados hasta el domicilio.
- Desplazamiento de una persona al lugar del siniestro, si el estado del Asegurado impide su repatriación o regreso inmediato.
- Retorno anticipado del asegurado por enfermedad grave, accidente grave o fallecimiento de un familiar del asegurado.

Las condiciones de la póliza colectiva de esta cobertura de asistencia se incluyen como Anexo II a esta Póliza.

Están excluidas de esta cobertura las prestaciones derivadas de deportes de alto riesgo, de competición y la práctica de actividades peligrosas.

17.9. Prestaciones especiales

Las prestaciones especiales cubiertas por esta Póliza son las siguientes:

1. Cirugía refractiva de la miopía: Tratamiento con Láser Excímer para Asegurados que hayan superado el periodo de carencia y con **más de cuatro dioptrías en cada ojo de miopía, siendo acumulable el 50% de astigmatismo. Sólo se prestará en los centros concertados para esta cobertura.**

2. Diagnóstico y tratamiento de la infertilidad: **Para comenzar el proceso ambos miembros de la pareja legalmente constituida han de estar de alta en la Mutua y haber superado ambos el periodo de carencia. No se asume el coste del tratamiento en mujeres mayores de 40 años**, a excepción de pacientes que se sometan a donación de óvulos. Esta cobertura incluye el diagnóstico a través de los ginecólogos del Cuadro Médico, que prescribirán la atención por un centro especializado concertado. La cobertura del tratamiento de la infertilidad comprende los siguientes tratamientos: Inseminación artificial (IA), Fecundación in Vitro (FIV) y tratamientos combinados de ambos.

- Número de ciclos:

- IA como técnica única: **máximo tres ciclos.**
- FIV o FIV-ICSI como técnica única: **máximo tres ciclos.**
- Tratamiento combinado: **máximo IA (dos ciclos) + FIV (hasta tres ciclos).**

  Se considera “ciclo” a efectos de los límites de cobertura:

- Inseminación artificial conyugal o de donante.

- Inducción con punción.
- Inducción con punción y laboratorio FIV.
- Inducción con punción, laboratorio FIV y transferencia.
- Inducción con punción, laboratorio FIV, transferencia y primera criotransferencia.
- Cada criotransferencia a partir de la segunda.

No se consideran "ciclo" la inducción ni la inducción interrumpida.

- Donación de óvulos: **es siempre a cargo del paciente.**

- Congelación de esperma: la Mutua asume los costes de congelación **por un periodo máximo de un año. A partir de entonces, a cargo del paciente.**

- Congelación de embriones: la Mutua asume los **costes de congelación por un periodo máximo de un año. A partir de entonces, a cargo del paciente.**

- Ecografías: la Mutua cubrirá los costes de todas las ecografías necesarias dentro del tratamiento. Una vez conseguida la gestación, están cubiertas **hasta tres ecografías gestacionales**.

- También se incluyen en esta cobertura:

- Cultivo largo.
- Biopsia con/sin recuperación de espermatozoides.
- Seminograma-REM
- Estudio genético de restos abortivos.
- FISH espermatozoides (justificación con informe).
- Fragmentación de espermatozoides (justificación con informe).
- Diagnóstico Genético Preimplantacional (justificación con informe).
- En estos tres últimos casos, **la prestación se cubre en caso de anomalías cromosómicas en un miembro de la pareja, parejas con abortos de repetición (tres o más) y fallo de FIV/ICSI (tres o más ciclos sin gestación). No está cubierto el diagnóstico de anomalías moleculares**.

Queda expresamente excluido todo tipo de intervenciones quirúrgicas, así como la medicación necesaria para realizar cualquier ciclo. No está cubierta la congelación de ovocitos.

La Mutua no asumirá ningún tipo de cobertura relacionada con el diagnóstico y tratamiento de la infertilidad en los siguientes casos:

- **una vez completado el número de ciclos**
- **una vez conseguido un embarazo a término (recién nacido vivo)**

3. Chequeo médico preventivo: Es una prestación especial que consiste en una primera consulta con un especialista de medicina interna, que realiza una completa historia clínica y una primera exploración del Asegurado. En función de los resultados de la primera consulta, el especialista programa una batería de pruebas diagnósticas con base en la edad, sexo, factores de riesgo y los datos obtenidos de la historia clínica del Asegurado. Posteriormente, se realiza una segunda consulta con el especialista para valorar los resultados, entregar el informe correspondiente y valorar opciones terapéuticas si fuesen precisas.

Este chequeo se realizará en los centros del Cuadro Médico especialmente concertados para este fin y conlleva el Copago descrito en las Condiciones Particulares, que incluye tanto las consultas como las pruebas diagnósticas que se realicen.

Los tratamientos que, en su caso, fuesen necesarios tras el diagnóstico efectuado en este chequeo, se realizarán a través de la cobertura habitual de esta Póliza.

4. Se incluyen como Prestaciones Especiales: Estudios del sueño, tratamientos de radioterapia oncológica, diálisis o hemodiálisis, litotricia, Biopsia Asistida por Vacío (BAV) y cápsula endoscópica.

18. EXCLUSIONES

Quedan expresamente excluidos de la cobertura de esta Póliza, sin perjuicio de cualquier otra exclusión debidamente resaltada en el condicionado de esta póliza:

1. Toda clase de enfermedades, lesiones o dolencias, defectos constitucionales o congénitos, deformaciones, estado o situación médica (como embarazo o gestación) preexistentes a la fecha de alta de cada Asegurado en la póliza que hayan sido conocidos y no declarados en el cuestionario de salud, y/o los que sean consecuencia de accidentes o enfermedades y sus secuelas que sean de origen anterior a la fecha de inclusión de cada asegurado en la póliza, que igualmente hayan sido conocidos por el asegurado y no declarados en el cuestionario de salud.

2. Los gastos derivados de la asistencia sanitaria prestada en centros privados o de la Seguridad Social o centros integrados en el Sistema Nacional de Salud que no estén incluidos en el Cuadro Médico, salvo los gastos de asistencia sanitaria de urgencia conforme a lo expuesto en la Cláusula 4.2**.**

3. La asistencia sanitaria transfronteriza.

4. La asistencia sanitaria derivada de alcoholismo crónico, drogadicción, intoxicaciones debidas al abuso del alcohol, de psicofármacos, estupefacientes o alucinógenos.

5. Intento de suicidio y autolesiones. Asistencia sanitaria por enfermedades o accidentes sufridos por dolo del Asegurado.

6. Los productos farmacéuticos fuera del régimen de hospitalización –salvo la quimioterapia administrada por un profesional sanitario en centros concertados**– así como vacunas de todo tipo y productos de parafarmacia.**

7. Los procedimientos diagnósticos y terapéuticos cuya seguridad y eficacia clínicas no estén debidamente contrastadas científicamente o hayan quedado manifiestamente superadas por otras disponibles. Igualmente, quedan excluidos aquellos procedimientos, de carácter experimental o que no tengan suficientemente probada su contribución eficaz a la prevención, tratamiento o curación de las enfermedades, conservación o

mejora de la esperanza de vida, auto valimiento y eliminación o disminución del dolor y el sufrimiento y los que consisten en meras actividades de ocio, descanso, confort o deporte. Se considera, a efectos de la presente póliza, que un procedimiento diagnóstico, quirúrgico o terapéutico es seguro y eficaz cuando está aprobado por la Agencia Europea del Medicamento y/o la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Asimismo se considera que un procedimiento se encuentra universalizado y consolidado cuando el mismo se realiza en la práctica clínica habitual en al menos nueve Comunidades Autónomas Españolas de forma generalizada en sus centros hospitalarios públicos, no solo en Hospitales de Referencia.

8. Los tratamientos en balnearios y curas de reposo, aunque sean prescritos por facultativos.

9. Tratamientos indicados para tratar la esterilidad o infertilidad en ambos sexos (fecundación "in vitro", inseminación artificial, etc.) en aseguradas mayores de 40 años y la interrupción voluntaria del embarazo, así como las pruebas diagnósticas relacionadas con dicha interrupción. Están excluidos también el estudio, diagnóstico y tratamiento (inclusive la cirugía) de la impotencia y de la disfunción eréctil.

10. Los trasplantes de órganos, tejidos, células o componentes celulares, excepto el trasplante autólogo de médula ósea o de células progenitoras de sangre periférica por tumores de estirpe hematológica y el trasplante de córnea.

11. La hospitalización por problemas de tipo social.

12. Los reconocimientos médicos generales de carácter preventivo, salvo los contemplados en las Campañas de Medicina Preventiva promovidas por la Mutua y lo establecido en relación a los chequeos médicos preventivos en las presentes condiciones generales.

13. Análisis, reconocimientos y cualquier otra exploración que tenga por objeto exclusivamente la expedición de un informe, certificado o cualquier documento y no la prestación de los servicios médico-quirúrgicos objeto de esta Póliza.

14. La atención especial en domicilio siempre que no pueda entenderse incluida en la cláusula 17.1 de estas condiciones generales**. Tampoco se incluirán gastos por asistencia a domicilio de hostelería, lencería, alimentación, medicación, monitorización, ni la permanencia continuada de los profesionales sanitarios en el domicilio del Asegurado.**

15. La terapia educativa, tal como la educación del lenguaje en procesos congénitos o la educación especial para enfermos con afección psíquica.

16. Las endodoncias, obturaciones, colocación de prótesis dentales, ortodoncias, periodoncias e implantes, así como otros tratamientos odontológicos distintos a los contemplados en la descripción de las coberturas en el apartado Descripción de la Cobertura.

17. Las prótesis de cualquier clase o naturaleza, salvo las expresamente relacionadas en el punto 5 del apartado 17.5. **Queda excluido cualquier tipo de material ortopédico, materiales biológicos o sintéticos, injertos** (excepto los injertos óseos de materiales biológicos) **y el corazón artificial, que serán por cuenta del Asegurado.**

18. Tratamientos crónicos de diálisis y hemodiálisis.

19. Tratamientos psicológicos o psiquiátricos distintos de los contemplados en el punto 3 del apartado 17.5.

20. Los gastos por viaje y desplazamientos, salvo la ambulancia en los términos contemplados en el apartado Descripción de la Cobertura y aquéllos contemplados en la cláusula 17.8 relativa a la Asistencia en Viaje.

21. La cirugía refractiva de cualquier tipo para miopía de menos de 4 dioptrías, hipermetropía y astigmatismo.

22. Las técnicas quirúrgicas o procedimientos terapéuticos que usan el láser, salvo la cirugía oftálmica intraocular, el láser CO2 en Otorrinolaringología y Ginecología, los dispositivos empleados en rehabilitación músculo-esquelética y el láser verde y de holmio en urología.

23. Cualquier intervención quirúrgica sobre el no nacido.

24. La cirugía del Parkinson y la Epilepsia.

25. Las determinaciones del mapa genético, que tienen como finalidad conocer la predisposición del Asegurado o de su ascendencia o descendencia presente o futura a padecer ciertas enfermedades relacionadas con alteraciones genéticas. También quedan expresamente excluidos los mapas genéticos de tumores y la farmacogenética, los estudios genéticos en Síndrome de predisposición a cáncer salvo en los casos cuyo resultado pudiese producir un cambio terapéutico en el paciente afecto **(siempre y cuando el cambio terapéutico esté cubierto por la póliza).**

26. Cirugía de cambio de sexo.

27. Cualquier técnica quirúrgica que utilice equipos de cirugía robótica.

28. Las técnicas diagnósticas, quirúrgicas y tratamientos de nueva aparición no incluidos en la presente póliza.

29. La participación en cualquier tipo de Ensayo Clínico, por tratarse de una evaluación experimental de un producto, sustancia, medicamento, técnica diagnóstica o terapéutica, sin evidencia científica de su efectividad, así como las pruebas diagnósticas y actos terapéuticos relacionados, necesarios o secundarios a la participación en dicho ensayo clínico.

30. Las intervenciones, infiltraciones y tratamientos así como cualquier otra intervención que tenga carácter exclusivamente estético o cosmético. Igualmente quedan expresamente excluidas, cualquier tipo de patologías o complicaciones que pudieran manifestarse en un momento posterior y que estén directa y principalmente causadas por haberse sometido el Asegurado a una intervención, infiltración o tratamiento de los anteriormente señalados de naturaleza estética o cosmética.

31. Los tratamientos capilares para evitar la pérdida del cabello.

32. Los tratamientos con plasma rico en plaquetas o en factores de crecimiento.

33. Cualquier tipo de servicio relacionado con patologías, cirugías, medios diagnósticos, tratamientos o cualquier otro acto médico o sanitario no cubiertos, así como complicaciones que se deriven de éstos.

34. Las enfermedades, lesiones o dolencias provocadas por la práctica profesional de cualquier deporte, así como las derivadas de deportes y actividades manifiestamente peligrosos. Serán consideradas actividades manifiestamente peligrosas las siguientes: montañismo, escalada, parapente, salto en paracaídas, puenting, boxeo, artes marciales,

rugby, motocross, karts, quads, carreras de vehículos a motor, buceo y cualesquiera otras que puedan tener dicha consideración.

35. Medicinas alternativas, naturopatía, homeopatía, acupuntura, hidroterapia, presoterapia, ozonoterapia y cualquier terapia no reconocida oficialmente en España como especialidad médica, salvo que se indique expresamente lo contrario en las Condiciones Particulares de la Póliza.

36. Los daños físicos causados por guerras, motines, actos de terrorismo, maniobras militares, y epidemias declaradas.

37. La asistencia por enfermedades, lesiones, malformaciones o defectos que guarden relación, directa o indirecta, con radiación o accidentes nucleares, terremotos, erupciones volcánicas, inundaciones y otros fenómenos sísmicos y meteorológicos.

38. Cualquier tipo de prestación relacionada directamente con actos médicos no amparados por la cobertura de la póliza.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

A los efectos de esta Póliza, se entiende por:

ACCIDENTE: Lesión corporal sufrida durante la vigencia de la Póliza, que derive de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado.

ASEGURADO: La persona o personas naturales designadas como tales en las Condiciones Particulares, sobre las cuales se establece la Póliza.

ATENCIÓN ESPECIAL EN DOMICILIO: Asistencia del médico generalista o de familia y/o de A.T.S. o D.U.E. al Asegurado cuando la patología del enfermo requiera cuidados especiales sin llegar a precisar ingreso hospitalario y siempre previa prescripción del médico.

CONSULTA: Relación asistencial entre paciente y facultativo, en el mismo espacio y tiempo, siendo necesaria la presencia física de ambos.

COPAGO: Participación del asegurado en la cuantía del coste del acto médico o grupo de actos, que será abonado directamente a la Mutua.

CUADRO MÉDICO: Relación de profesionales y establecimientos sanitarios propios o concertados por la Mutua en cada provincia. En el Cuadro Médico se relacionan los profesionales y establecimientos sanitarios de cada provincia y los servicios de información y teléfonos de atención al Asegurado de todo el territorio nacional. Los profesionales y los centros que integran el Cuadro Médico actúan con plena independencia de criterio, autonomía y exclusiva responsabilidad en el ámbito de la prestación sanitaria que les es propia.

CUESTIONARIO DE SALUD: Declaración realizada y firmada por el tomador o asegurado antes de la formalización de la póliza para la valoración del riesgo que es objeto del seguro.

D.U.E./ENFERMERO/A.T.S.: Personal legalmente capacitado y autorizado para prestar servicios de enfermería.

ENFERMEDAD: Toda alteración del estado de salud de un individuo que sufre la acción de una patología que no sea consecuencia de accidente, cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por un médico u odontólogo legalmente reconocido al aparecer sus primeras manifestaciones durante la vigencia de la Póliza, y que haga precisa la asistencia facultativa.

ENFERMEDAD CONGÉNITA: Es aquella que existe en el momento del nacimiento, como consecuencia de factores hereditarios o afecciones adquiridas durante la gestación hasta el mismo momento del nacimiento. Una afección congénita puede manifestarse y ser reconocida inmediatamente después del nacimiento, o bien ser descubierta más tarde, en cualquier momento de la vida del individuo.

ENFERMEDAD PREEXISTENTE: Es la padecida por el Asegurado con anterioridad a la fecha de contratación del seguro o de alta en la Póliza, pudiendo ser consecuencia de un accidente o no.

HOSPITALIZACIÓN: Supone el registro de entrada del Asegurado como paciente y su permanencia en centro hospitalario durante un mínimo de 24 horas para recibir tratamiento médico o quirúrgico.

HOSPITALIZACIÓN DE DÍA: Consiste en la hospitalización para recibir un tratamiento concreto o por haber estado bajo la acción de una anestesia y por un periodo inferior a 24 horas.

HABITACIÓN CONVENCIONAL: Habitación en centro hospitalario de una sola estancia o habitáculo, dotada de instalaciones sanitarias. No se entienden como convencionales las suites o habitaciones con antesala.

HOSPITAL: Todo establecimiento público o privado legalmente autorizado para el tratamiento de enfermedades, dolencias o lesiones corporales, provisto de los medios materiales y humanos para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas y con presencia médica permanente. A los efectos de la Póliza, no se consideran hospitales los hoteles, casas de reposo, balnearios, instalaciones dedicadas principalmente al tratamiento de enfermedades crónicas e instituciones similares.

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA: Toda operación con fines diagnósticos o terapéuticos, realizada mediante incisión u otra vía de abordaje interno, efectuada por un cirujano en un centro autorizado (hospitalario o extrahospitalario) y que requiere normalmente la utilización de una sala específicamente habilitada.

LESIÓN: Todo cambio patológico que se produce en un tejido o en un órgano sano y que comporta un daño anatómico o fisiológico, es decir, una perturbación en la integridad física o en el equilibrio funcional.

MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS: Piezas o elementos metálicos o de cualquier otra naturaleza empleados para la unión de los extremos de un hueso fracturado, o para soldar extremos articulares.

MATERIAL ORTOPÉDICO: Piezas anatómicas o elementos de cualquier naturaleza utilizados para prevenir o corregir las deformidades del cuerpo.

MÉDICO: Doctor o Licenciado en Medicina legalmente capacitado y autorizado para ejercer la medicina.

MÉDICO CONSULTOR: Son aquellos facultativos, pertenecientes al Cuadro Médico de la Mutua, que sean designados como tales médicos consultores y cuya consulta requiere la previa autorización de la Mutua, a petición razonada de un médico especialista de la misma.

ASEGURADORA O MUTUA: Nueva Mutua Sanitaria del Servicio Médico, Mutua de Seguros a Prima Fija, entidad que asume el riesgo contractualmente pactado.

ODONTÓLOGO: Facultativo cuya titulación le capacita para realizar el conjunto de actividades de prevención, diagnóstico y tratamiento relativas a las anomalías y enfermedades de los dientes, de la boca, de los maxilares y de sus tejidos anejos.

PARTO: Expulsión completa de uno o más recién nacidos, así como de la placenta, del útero al exterior. El parto normal o a término es aquél que se produce entre la 37 y la 42 semana desde la fecha de la última menstruación.

PARTO PREMATURO: Se entenderá por parto prematuro aquel que se produce antes de la 37 semana de gestación.

PLAZO O PERIODO DE CARENCIA: Periodo de tiempo (computado por meses o días transcurridos a partir de la fecha de efecto del seguro) durante el cual no son efectivas algunas de las coberturas incluidas en la Póliza.

PLAZO DE DISPUTABILIDAD: Periodo de tiempo durante el que la Mutua puede negar las prestaciones o impugnar el contrato alegando la existencia de enfermedades anteriores del asegurado y no declaradas por él. Transcurrido este plazo, la Mutua sólo tendrá esa facultad en el caso de que el Tomador y/o el Asegurado hayan actuado dolosamente.

PREEXISTENCIA: Estado o condición de la salud (enfermedad, lesión o defecto) no necesariamente patológicos sufridos por el Asegurado con anterioridad a la fecha de su inclusión en la póliza.

PRESTACIÓN: Es la asistencia sanitaria que se deriva de la presentación de un siniestro. Como asistencia sanitaria se entenderá la atención y tratamiento dispensados al paciente.

PRIMA: Es el precio del seguro, es decir, la cantidad que el Tomador del Seguro o Asegurado debe abonar a la Mutua. El recibo incluirá, además, los recargos e impuestos que sean de aplicación.

PRÓTESIS: Todo elemento de cualquier naturaleza, que, ante ausencia de un órgano, tejido, fluido orgánico, miembro o parte de alguno de éstos, sustituye temporal o permanentemente su función fisiológica. A título de ejemplo, tienen esa consideración los elementos mecánicos o biológicos tales como recambios valvulares cardiacos, sustituciones articulares, piel sintética, lentes intraoculares, los materiales biológicos (córnea), los fluidos, geles y líquidos sintéticos o semi-sintéticos sustitutivos de humores o líquidos orgánicos, reservorios de medicamentos, sistemas de oxigenoterapia ambulantes, etc.

PSICOLOGÍA: Ciencia que implica la aplicación práctica del conocimiento, habilidades y técnicas para el diagnóstico, prevención o solución de problemas individuales o sociales, especialmente en cuanto a la interacción entre el individuo y el entorno físico y social.

RECIÉN NACIDO: Ser humano en la etapa diferenciada de la vida que se extiende durante cuatro semanas a partir del nacimiento.

REHABILITACIÓN: Tratamiento prescrito por un facultativo del Cuadro Médico y realizado por un médico rehabilitador o fisioterapeuta tendente a restituir la funcionalidad de una parte del aparato locomotor dañada a causa de un accidente o enfermedad.

TELÉFONO URGENCIAS 24 HORAS: Atención informativa facilitada por un equipo médico, que informa al Asegurado sobre el Cuadro Médico y resuelve sus preguntas médicas de urgencia las 24 horas del día, los 365 días del año. La información médica facilitada por este medio es orientativa y su utilización debe limitarse a situaciones de emergencia, no pudiendo sustituir al servicio de atención médica directa.

SERVICIOS A DOMICILIO: Visita en el domicilio a solicitud del Asegurado por parte de médico de cabecera (médico generalista), pediatra/puericultor, A.T.S. o D.U.E., en aquellos casos en que el Asegurado se encuentre, por razón de su enfermedad, incapacitado para trasladarse al consultorio.

SERVICIOS DE URGENCIA A DOMICILIO: Asistencia en el domicilio del Asegurado en casos de urgencia, prestada por médico generalista y/o A.T.S.

SINIESTRO: Todo hecho cuyas consecuencias estén total o parcialmente cubiertas por la Póliza.

SOLICITUD DE SEGURO: Es el documento facilitado al Tomador, en el que éste realiza la petición formal de la contratación de un seguro a la Mutua.

TOMADOR DEL SEGURO: Es la persona, física o jurídica que, junto con la Mutua, suscribe este contrato y a la que corresponden las obligaciones que del mismo se derivan, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado.

URGENCIA: Es aquella situación que requiere atención médica inmediata, dado que un retraso en la misma puede derivar en un compromiso vital o daño irreparable en la integridad física del paciente.

ANEXO I: PRESTACIONES QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN PREVIA

ALERGOLOGÍA: Test de provocación con alimentos y con medicamentos.

AMBULANCIAS: únicamente para traslados no urgentes.

ANÁLISIS: biología molecular, cariotipos, genética, inmunohistoquímica, seminogramas REM.

ANATOMÍA PATOLÓGICA: todas las pruebas salvo las citologías simples.

ANGIOLOGÍA Y CARDIOLOGÍA: cateterismos, doppler, electrofisiología, ergometría, esclerosis terapéutica de varices, ecocardiograma transesofágico, pletismografía y mesa basculante.

APARATO DIGESTIVO: manometrias, phmetrías, test del aliento y cápsula intestinal.

CIRUGÍAS: todas las cirugías, con ingreso o ambulantes.

DERMATOLOGÍA: dermatoscopia digital computerizada.

ESTUDIOS ENDOSCÓPICOS de cualquier tipo.

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA: amniocentesis y similares, monitorización fetal, preparación al parto, diagnóstico y tratamiento de la infertilidad, exploraciones bajo anestesia.

HEMATOLOGÍA: todos los actos y pruebas.

HOSPITALES: todos los ingresos, ambulantes y hospitalización domiciliaria.

MEDICINA NUCLEAR: todas las exploraciones.

NEFROLOGÍA: diálisis.

NEUMOLOGÍA: todos los actos terapéuticos y pruebas salvo la espirometría.

NEUROFISIOLOGÍA: todas las pruebas y tratamientos (estudios del sueño, monitorización EEG,

EMG, potenciales evocados, etc.).

NEUROLOGÍA: evaluación neurológica, estudio neuropsicológico y punción lumbar.

OFTALMOLOGÍA: angiografías, cirugía refractiva de la miopía, ortóptica, retinografía, fotocoagulaciones, paquimetría y topografía corneal e inyección intravítrea.

ONCOLOGÍA: quimioterapia y radioterapia (todas las técnicas).

OTORRINOLARINGOLOGÍA: exploración microscópica, otoemisiones, videonistagmografía, rinomanometría, olfatometría, estroboscopia y estudio de la deglución.

OXIGENOTERAPIA: todos los tratamientos, incluidos aerosoles.

PSICOLOGÍA: terapias.

RADIODIAGNÓSTICO: densitometría, ortopantomografía, radiología vascular, RMN, TAC, PET y doppler color.

REHABILITACIÓN: todos los tratamientos.

TRATAMIENTO DEL DOLOR: todos los tratamientos.

UROLOGÍA: litotricia, hipertermia, técnicas de urodinamia.

PODOLOGÍA.

CAMPAÑAS DE MEDICINA PREVENTIVA, incluidos los chequeos.

NUEVAMUTUASANITARIA

NUEVAMUTUASANITARIA

ANEXO II A LAS CONDICIONES GENERALES

PÓLIZA DE ASISTENCIA EN VIAJE EN EL EXTRANJERO

TELÉFONO DE ASISTENCIA:
(+34) 91 290 80 78

ENERO 2022

1. DEFINICIONES

ACCIDENTE
La lesión corporal o daño material sufrido durante la vigencia del contrato, que derive de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado.

ASEGURADO
Persona física con domicilio habitual en España asegurado de Nueva Mutua Sanitaria y sea comunicada a IRIS GLOBAL Soluciones de Protección Seguros y Reaseguros, SAU.

ASEGURADOR
IRIS GLOBAL Soluciones de Protección Seguros y Reaseguros, SAU. que asume el riesgo definido en el presente contrato.

DOMICILIO HABITUAL
Se entiende por domicilio habitual del Asegurado el localizado en España que se hace constar en la contratación del viaje, y desde el que se realicen los desplazamientos cubiertos en el presente contrato.

ENFERMEDAD GRAVE
Toda alteración sobrevenida del estado de salud de un individuo que implique hospitalización y que imposibilite el inicio del viaje del Asegurado, impida su continuación en la fecha prevista, o conlleve riesgo de muerte.

ENFERMEDAD SOBREVENIDA
Alteración del estado de salud de un individuo durante el transcurso de un viaje cubierto por el contrato cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por un médico u odontólogo legalmente reconocido, y que haga precisa la asistencia facultativa.

EQUIPAJE
Conjunto de ropas y enseres propios para el uso y la higiene personal necesarios en el transcurso del viaje, contenido en el interior de la/s maletas/s.

EXTRANJERO
Se entiende por país extranjero a efectos de las garantías, el país distinto al del Domicilio Habitual del Asegurado.

FAMILIAR DIRECTO CUBIERTO
Cónyuge, pareja de hecho debidamente inscrita en el correspondiente Registro Oficial, padres, suegros, hijos o hermanos del Asegurado.

TOMADOR DEL SEGURO
Nueva Mutua Sanitaria, que con el Asegurador suscribe este contrato, y al que corresponden las obligaciones que del mismo se deriven, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado.

VIAJE
Se entenderá por viaje todo desplazamiento que el Asegurado realice fuera de su Domicilio Habitual, desde la salida de éste hasta su regreso al mismo.

2. OBJETO DEL CONTRATO

Garantizar contra las consecuencias de aquellos riesgos cuyas coberturas se especifican en el presente contrato y que se produzcan como consecuencia de un evento fortuito en el curso de un viaje fuera del Domicilio Habitual, dentro del Ámbito Territorial cubierto, y con los límites señalados en el mismo. Las garantías del contrato dejarán de surtir efecto una vez finalizado el viaje y al regreso del Asegurado al Domicilio Habitual.

3. ÁMBITO TERRITORIAL

Las garantías aseguradas por este contrato serán válidas en el MUNDO (excepto España), salvo en el ámbito de la franquicia kilométrica establecida y/o en la propia definición de la prestación o servicio, donde no lo serán.

No se garantizará intervención de asistencia en aquellos países que aún reflejados en el ámbito territorial contratado, durante el desplazamiento se hallen en estado de guerra, insurrección o conflictos bélicos de cualquier clase o naturaleza, aún cuando no hayan sido declarados oficialmente. En este caso IRIS GLOBAL Soluciones de Protección Seguros y Reaseguros, SAU. reembolsará aquellos gastos cubiertos y debidamente justificados mediante la factura original acreditativa.

4. FRANQUICIA KILOMÉTRICA

La asistencia será válida a partir de 35 km. del Domicilio Habitual del Asegurado (15 km. para Baleares y Canarias).

5. DURACIÓN DEL VIAJE

Las garantías se prestarán para viajes de una duración no superior a 90 días.

6. TRÁMITES EN CASO DE SINIESTRO

Ocurrido un hecho que pudiera dar lugar a la prestación de alguna de las garantías cubiertas en el contrato, será requisito indispensable la comunicación inmediata del siniestro, a través de llamada al número 91 290 80 78, u otro medio que deje constancia de la comunicación de dicho siniestro, quedando expresamente excluidas con carácter general aquellas prestaciones que no hayan sido comunicadas previamente a IRIS GLOBAL Soluciones de Protección Seguros y Reaseguros, SAU. y aquellas para las que no se hubiera obtenido la correspondiente autorización.

En caso de fuerza mayor que impida realizar este aviso, deberá efectuarse inmediatamente que cese la causa que lo impida.

Establecido el contacto, el asegurado señalará: **nombre y apellidos, lugar donde se encuentra, teléfono de contacto**, e informará de las circunstancias del siniestro y del tipo de asistencia solicitada.

Recibida la notificación, IRIS GLOBAL Soluciones de Protección Seguros y Reaseguros, SAU. dará las instrucciones necesarias con el objeto de que se preste el servicio requerido. Si el asegurado actuase de forma contraria a las instrucciones impartidas por IRIS GLOBAL Soluciones de Protección Seguros y Reaseguros, SAU, **serán de su cuenta los gastos en que incurra por dicho incumplimiento.**

Para el reembolso de cualquier gasto podrá dirigirse a IRIS GLOBAL Soluciones de Protección Seguros y Reaseguros, SAU. , donde le proporcionarán un acceso a su expediente para que pueda enviar la documentación y las facturas a reembolsar. En todos los casos será indispensable la presentación de facturas y justificantes originales a petición de IRIS GLOBAL Soluciones de Protección Seguros y Reaseguros, SAU.

Los reembolsos realizados por IRIS GLOBAL Soluciones de Protección Seguros y Reaseguros, SAU. se realizan cumpliendo con lo establecido en las leyes españolas, concretamente en lo establecido para pagos en efectivo y salida de capital del territorio nacional. Así, en el caso en que los costes de contingencias cubiertas que el Asegurado hubiera abonado en metálico fuera de España, IRIS GLOBAL Soluciones de Protección Seguros y Reaseguros, SAU. únicamente reembolsará el importe igual o superior a 10.000 euros o su contravalor en moneda extranjera si se aporta justificante bancario de su retirada de caja fuera de España o se hubiera declarado conforme a lo establecido en el artículo 34 de la Ley 10/2010 de prevención del blanqueo de capitales.

7. TRÁMITES EN CASO DE QUEJA POR PARTE DEL ASEGURADO

IRIS GLOBAL Soluciones de Protección Seguros y Reaseguros, SAU. pone a disposición de los Asegurados un Servicio de Reclamaciones cuyo Reglamento se puede consultar en la página web www.irisglobal.es/home. Podrán presentar quejas los tomadores, asegurados, beneficiarios, terceros perjudicados o causahabientes de cualquiera de los anteriores, en el apartado de "Servicio de Atención al Cliente" de la web, o dirigiéndose por escrito al Servicio de Reclamaciones:

Dirección: IRIS GLOBAL Soluciones de Protección Seguros y Reaseguros, SAU
Servicio de Atención al Cliente
C/ Ribera del Loira 4-6, 2ª Planta 28042 Madrid

Dicho Servicio, que funciona de forma autónoma, atenderá y resolverá en un plazo máximo de 2 meses las quejas escritas que le son directamente dirigidas, cumpliendo así con la Ley ECO/734/2004 de 11 de marzo y Ley 44/2002 de 22 de noviembre.

Agotada la vía del Servicio de Atención al Cliente, el reclamante podrá formular su queja ante el Comisionado para la Defensa del Asegurado y del Partícipe en Planes de Pensiones (adscrito a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones), cuya dirección es :

Pº de la Castellana, 44
28046- MADRID

8. SUBROGACIÓN

IRIS GLOBAL Soluciones de Protección Seguros y Reaseguros, SAU. se subroga, hasta el total del coste de los servicios prestados por ella, en los derechos y acciones que correspondan al Asegurado contra toda persona responsable de los hechos y que hayan motivado su intervención. Cuando las garantías realizadas en ejecución del presente Contrato sean cubiertas en todo o en parte por otra entidad Aseguradora, por la Seguridad Social o por cualquier otra institución o persona, IRIS GLOBAL Soluciones de Protección Seguros y Reaseguros, SAU. quedará subrogada en los derechos y acciones del Asegurado

frente a la citada compañía o institución. A estos efectos el Asegurado se obliga a colaborar activamente con IRIS GLOBAL Soluciones de Protección Seguros y Reaseguros, SAU. prestando cualquier ayuda u otorgando cualquier documento que pudiera considerar necesario.

En cualquier caso IRIS GLOBAL Soluciones de Protección Seguros y Reaseguros, SAU. tendrá derecho a utilizar o a solicitar del Asegurado la entrega del título de transporte (billete de tren, de avión, etc.) no utilizado por éste, cuando los gastos de regreso hayan corrido a cargo de IRIS GLOBAL Soluciones de Protección Seguros y Reaseguros, SAU..

9. RESPONSABILIDAD

Acaecido un siniestro, IRIS GLOBAL Soluciones de Protección Seguros y Reaseguros, SAU. no asumirá ninguna responsabilidad respecto a las decisiones y actuaciones que adopte el Asegurado, contrarias a sus instrucciones o las de su Servicio Médico.

10. LEGISLACIÓN Y JURISDICCIÓN

El Asegurado y IRIS GLOBAL Soluciones de Protección Seguros y Reaseguros, SAU. se someten a la legislación y jurisdicción española para los efectos del presente contrato. Será juez competente para el reconocimiento de las acciones derivadas del contrato el del Domicilio Habitual del Asegurado.

11. LÍMITES GARANTIZADOS

Las cuantías económicas que figuran como límite en cada una de las prestaciones de este contrato, se entienden como importes máximos acumulables durante el viaje.

GARANTÍAS CUBIERTAS

1. GASTOS MÉDICOS EN EL EXTRANJERO

En caso de enfermedad sobrevenida o accidente del Asegurado acaecido con carácter imprevisto en el transcurso de un viaje por el extranjero, IRIS GLOBAL Soluciones de Protección Seguros y Reaseguros, SAU. garantiza durante la vigencia del Contrato y **hasta un límite de 15.000 euros** por período contratado y a cada Asegurado, los gastos enumerados a continuación:

- Honorarios médicos.
- Medicamentos recetados por un médico o cirujano, durante la primera asistencia médica prestada. Se excluye de esta cobertura el pago sucesivo de aquellos medicamentos o gastos farmacéuticos que se deriven de la prolongación en el tiempo del tratamiento inicialmente prescrito, así como los relacionados con cualquier proceso que adquiera un carácter crónico.
- Gastos de hospitalización.
- Gastos de ambulancia ordenados por un médico para un trayecto local.

Las cantidades garantizadas en el extranjero y en España no son adicionales.
En caso de que IRIS GLOBAL Soluciones de Protección Seguros y Reaseguros, SAU. no haya intervenido directamente y para que tales gastos sean reembolsables, se deberán presentar las correspondientes facturas originales, que deberán ir acompañadas del informe médico completo, con sus antecedentes, diagnóstico y tratamiento, que permita establecer el carácter de la enfermedad sobrevenida.

Los gastos ocasionados serán en todo caso motivo de subrogación por IRIS GLOBAL Soluciones de Protección Seguros y Reaseguros, SAU. a las percepciones que tenga derecho el Asegurado, por prestaciones de Seguridad Social o por cualquier otro régimen de previsión o aseguramiento privado al que estuviera afiliado.

Para la UE deben llevar la TSE y para otros países el formulario correspondiente.

Gastos Odontológicos.
En aplicación de la garantía "Gastos médicos en el extranjero" y dentro del límite especificado en la misma, quedan cubiertos los gastos odontológicos, considerados de urgencia, **excluidos la endodoncia, reconstrucciones estéticas de tratamientos anteriores, prótesis, fundas e implantes, hasta un límite de 60 euros.**

2. TRASLADO SANITARIO DE ENFERMOS Y HERIDOS

En caso de enfermedad sobrevenida o accidente del Asegurado, durante la vigencia del contrato y como consecuencia de un desplazamiento del lugar en que radica su domicilio habitual, y siempre que le imposibilite continuar el viaje, IRIS GLOBAL Soluciones de Protección Seguros y Reaseguros, SAU., tan pronto sea avisada, organizará los contactos necesarios entre su servicio médico y los médicos que atienden al Asegurado.

Cuando el servicio médico de IRIS GLOBAL Soluciones de Protección Seguros y Reaseguros, SAU. autorice el traslado del Asegurado a un centro hospitalario mejor equipado o especializado cerca de su domicilio habitual en España, IRIS GLOBAL Soluciones de Protección Seguros y Reaseguros, SAU. efectuará dicho traslado según la gravedad del mismo, mediante:

- Avión sanitario especial.
- Tren primera clase.
- Helicóptero sanitario.
- Ambulancia.
- Avión de línea regular.

El avión sanitario especial, solo se empleará en el ámbito geográfico de Europa y países ribereños del Mediterráneo.

Sólo se tendrán en cuenta las exigencias de orden médico para elegir el medio de transporte y el hospital donde deberá ser ingresado el Asegurado.

Si el Asegurado se negara a ser trasladado en el momento y en las condiciones determinadas por el servicio médico de IRIS GLOBAL Soluciones de Protección Seguros y Reaseguros, SAU., se suspenderán automáticamente todas las garantías y gastos

resultantes a consecuencia de esa decisión.

A efectos de repatriación, será considerado domicilio en España el que figure en la contratación de la póliza.

3. TRASLADO DE RESTOS MORTALES

En caso de fallecimiento del Asegurado, acaecido en el transcurso de un desplazamiento cubierto en el presente contrato, IRIS GLOBAL Soluciones de Protección Seguros y Reaseguros, SAU. organizará y tomará a su cargo el traslado de los restos mortales hasta el lugar de su inhumación en España, dentro del término municipal de su domicilio habitual, así como los gastos de embalsamamiento, ataúd mínimo obligatorio y formalidades administrativas. **En ningún caso se extiende esta cobertura a los gastos de pompas fúnebres e inhumación.**

Esta garantía será de aplicación independientemente de la causa de fallecimiento del Asegurado.

A estos efectos, será considerado domicilio en España el que figure en la contratación del seguro.

PARA REEMBOLSO DE CUALQUIER GASTO SERÁ INDISPENSABLE LA PRESENTACIÓN DE FACTURAS Y JUSTIFICANTES ORIGINALES.

4. REGRESO DE LOS ASEGURADOS ACOMPAÑANTES

Cuando al Asegurado se le haya trasladado por enfermedad sobrevenida o accidente en aplicación de la garantía "Traslado sanitario de enfermos y heridos", o bien por fallecimiento y esta circunstancia impida al resto de los Asegurados su regreso hasta su domicilio por los medios inicialmente previstos, IRIS GLOBAL Soluciones de Protección Seguros y Reaseguros, SAU. se hará cargo de los gastos correspondientes al transporte de los mismos hasta el lugar de su domicilio habitual o hasta el lugar donde esté hospitalizado el Asegurado trasladado, mediante billete de avión línea regular (clase turista) o tren (primera clase) o en cualquier otro medio de transporte adecuado.

5. REINCORPORACIÓN AL PLAN DE VIAJE

En caso de que el Asegurado haya sido trasladado en aplicación de la garantía "Regreso anticipado de los asegurados acompañantes", IRIS GLOBAL Soluciones de Protección Seguros y Reaseguros, SAU. pondrá a disposición del mismo un billete de vuelta, en tren (primera clase) o en avión de línea regular (clase turista) o en cualquier otro medio de transporte adecuado, para su incorporación al plan de viaje originariamente previsto, siempre que continúe en vigor el contrato y siempre que el período máximo entre ambos desplazamientos no sea superior a siete días.

6. DESPLAZAMIENTO DE UNA PERSONA PARA ACOMPAÑAR AL ASEGURADO HOSPITALIZADO

Si el Asegurado, durante el viaje, debe estar hospitalizado más de cinco días y ningún Familiar Directo se encuentra a su lado, IRIS GLOBAL Soluciones de Protección Seguros

y Reaseguros, SAU. pondrá a disposición de un acompañante desde su domicilio habitual en España un billete ida y vuelta de avión línea regular (clase turista), tren (primera clase) o cualquier otro medio de transporte adecuado.

7. GASTOS DE ESTANCIA DE UNA PERSONA PARA ACOMPAÑAR AL ASEGURADO HOSPITALIZADO

Si el Asegurado, durante el viaje, debe estar hospitalizado más de cinco días y ningún Familiar Directo se encuentra a su lado, IRIS GLOBAL Soluciones de Protección Seguros y Reaseguros, SAU., abonará en concepto de gastos de estancia, el alojamiento en hotel, previa presentación de las facturas originales correspondientes, **hasta un límite de 30 euros /día y hasta un máximo de 10 días.**

8. REGRESO DEL ASEGURADO EN CASO DE DEFUNCIÓN DE UN FAMILIAR

En caso de defunción en España de un Familiar Directo Cubierto del Asegurado que se halle en un desplazamiento cubierto por el presente contrato, IRIS GLOBAL Soluciones de Protección Seguros y Reaseguros, SAU., comunicado el hecho, organizará y pondrá a disposición del mismo y para asistir al sepelio, (en el periodo máximo de 7 días desde el fallecimiento) un billete de avión de línea regular (clase turista) o tren (primera clase) o cualquier otro medio de transporte adecuado hasta el lugar de inhumación en España.

9. ACOMPAÑAMIENTO DE RESTOS MORTALES

De no haber quién acompañe en su traslado los restos mortales del Asegurado, fallecido en un viaje cubierto por el presente contrato, IRIS GLOBAL Soluciones de Protección Seguros y Reaseguros, SAU. facilitará a la persona que designen los causahabientes, un billete de ida y vuelta en tren (primera clase) o avión clase turista o cualquier otro medio de transporte adecuado para acompañarlo hasta el lugar de inhumación.

10. REGRESO ANTICIPADO POR SINIESTRO GRAVE

Si durante un viaje del Asegurado se produjera un siniestro grave (incendio, robo o inundación) en su domicilio habitual o local profesional (si el Asegurado fuera representante legal de la empresa afectada y /o que necesariamente requiriera su presencia), IRIS GLOBAL Soluciones de Protección Seguros y Reaseguros, SAU. pondrá a disposición del mismo, un billete de ida y vuelta en avión de línea regular, clase turista, o en tren, primera clase y hasta su domicilio en España.

11. REGRESO DEL ASEGURADO EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN DE UN FAMILIAR

En caso de hospitalización en España por accidente o enfermedad grave de un Familiar Directo Cubierto del Asegurado, y siempre que esta se prevea superior a 5 días, que se halle en un desplazamiento cubierto por el presente contrato, IRIS GLOBAL Soluciones de Protección Seguros y Reaseguros, SAU., comunicado el hecho, organizará y pondrá a disposición del mismo para su regreso, un billete de avión de línea regular (clase turista), o en tren (primera clase) hasta el lugar de hospitalización.

12. BÚSQUEDA Y LOCALIZACIÓN DE EQUIPAJES

En caso de que el Asegurado sufra una demora o pérdida de su equipaje, IRIS GLOBAL

Soluciones de Protección Seguros y Reaseguros, SAU. le asistirá en su búsqueda y localización, asesorándole en la gestión para interponer la correspondiente denuncia. Si el equipaje es localizado, IRIS GLOBAL Soluciones de Protección Seguros y Reaseguros, SAU. lo expedirá hasta el domicilio habitual del Asegurado en España, siempre que no sea necesaria la presencia del propietario para su recuperación.

13. SERVICIO DE INFORMACIÓN

IRIS GLOBAL Soluciones de Protección Seguros y Reaseguros, SAU. dispondrá para todos los Asegurados de un servicio gratuito e ininterrumpido de 24 horas sobre 24, todos los días del año, para facilitar todo tipo de información turística, de formalidades administrativas, de informaciones médicas, de condiciones de viaje y de vida local, medios de transporte, alojamientos, restaurantes, etc.; información relacionada con el vehículo como talleres, gasolineras, compañías aseguradoras.

14. EXCLUSIONES

Las presentes garantías cesarán en el momento que el Asegurado regrese a su domicilio habitual, o cuando haya sido repatriado por IRIS GLOBAL Soluciones de Protección Seguros y Reaseguros, SAU., hasta su domicilio o centro hospitalario cercano a éste. Quedan excluidos con carácter general aquellos gastos que no hayan sido comunicados previamente a IRIS GLOBAL Soluciones de Protección Seguros y Reaseguros, SAU. y aquellos para los que no se hubiera obtenido la correspondiente autorización.

En cualquier caso quedan excluidas de las garantías aseguradas (salvo que expresamente se incluya en la garantía) los daños, situaciones, gastos y consecuencias derivadas de:

1. **Enfermedades, lesiones o afecciones preexistentes o crónicas, padecidas por el Asegurado con anterioridad al inicio del viaje que se manifiesten en el transcurso del mismo.**

2. **Renuncia, retraso o adelanto voluntario por parte del Asegurado al traslado sanitario propuesto por IRIS GLOBAL Soluciones de Protección Seguros y Reaseguros, SAU. y acordado por su servicio médico.**

3. **Enfermedades mentales, revisiones médicas de carácter preventivo (chequeos), curas termales, cirugía estética, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y aquellos casos en que el viaje tenga por objeto recibir tratamiento médico o intervención quirúrgica, tratamientos de medicinas alternativas (homeópatas, naturistas, etc.), los gastos derivados de tratamientos fisioterapéuticos y/o rehabilitadores así como aquellos afines a estos.**

Asimismo, queda excluido el diagnóstico, seguimiento y tratamiento del embarazo, interrupción voluntaria del mismo y partos, salvo que se trate de atención de carácter urgente, y siempre anterior al sexto mes.

4. **La participación del Asegurado en apuestas, desafíos o riñas.**

5. **Las consecuencias derivadas de la práctica de deportes de invierno.**

6. **La práctica de deportes en competición o competición motorizada (carrera o rally), así como la práctica de actividades peligrosas o de riesgo enumeradas a**

continuación:

- **Boxeo, halterofilia, lucha (en sus distintas clases), artes marciales, alpinismo con acceso a glaciares, deslizamiento en trineos, inmersión con aparatos respiratorios, espeleología y esquí con saltos de trampolín.**
- **Deportes aéreos en general.**
- **Deportes de aventura, tales como rafting, puenting, hidrospeed, barranquismo y similares. En estos casos IRIS GLOBAL Soluciones de Protección Seguros y Reaseguros, SAU. sólo intervendrá y tomará a su cargo, los gastos producidos por el Asegurado desde el momento en que éste se encuentre bajo tratamiento en un centro médico.**

7. **Suicidio, intento de suicidio o autolesiones del Asegurado.**
8. **Rescate de personas en montaña, sima, mar, o desierto.**
9. **Las enfermedades o accidentes derivados del consumo de bebidas alcohólicas, estupefacientes, drogas o medicamentos, salvo que estos últimos hayan sido prescritos por un médico.**
10. **Actos dolosos del Tomador, Asegurado, o causahabiente de éstos.**
11. **Epidemias y/o enfermedades infecciosas de aparición repentina y propagación rápida en la población, así como las provocadas por la polución y/o contaminación atmosférica.**
12. **Guerras, manifestaciones, insurrecciones, movimientos tumultuosos populares, actos de terrorismo, sabotajes y huelgas, estén o no declaradas oficialmente. La transmutación del núcleo del átomo, así como de las radiaciones provocadas por la aceleración artificial de partículas atómicas. Movimientos telúricos, inundaciones, erupciones volcánicas y, en general los que procedan del desencadenamiento de las fuerzas de la naturaleza. Cualquier otro fenómeno de carácter catastrófico extraordinario o acontecimiento que por su magnitud o gravedad sean calificados como catástrofe o calamidad.**

Con independencia de lo anterior, quedan particularmente excluidas las siguientes situaciones:

1. El traslado sanitario de enfermos o heridos originado por afecciones o lesiones que puedan ser tratadas "in situ".

2. Los gastos de gafas y lentillas, así como la adquisición, implantación-sustitución, extracción y/o reparación de prótesis, piezas anatómicas y ortopédicas de cualquier tipo tales como collarín.

3. El reembolso de los gastos médicos, quirúrgicos y farmacéuticos cuyo importe sea inferior a 50 euros.

NUEVAMUTUASANITARIA