CONDICIONES GENERALES

Asistencia Sanitaria

Mutualidad de Previsión Social Unión Protectora
Inscrita el 18 de julio de 2008 con la clave Nº 7 en el Registro de la Consellería de Economía e Facenda de la Xunta de Galicia.

Registro Mercantil de Santiago de Compostela, hoja C-39751, tomo 3.136, Archivo Sección General Folio 46, Insc. 1.
C.I.F V-15305782

Rúa de Hórreo, 19-1ºIzda-Esc-B - 15702 Santiago de Compostela
Teléfono: 981 582 127
Correo electrónico: up@unionprotectora.com

ÍNDICE

I. CLÁUSULA PRELIMINAR **3**
II. GLOSARIO DE TÉRMINOS **3**
A. TÉRMINOS ASEGURADORES 3
B. TÉRMINOS SANITARIOS 4
III. CLÁUSULA I: OBJETO DEL SEGURO **6**
IV. CLÁUSULA II: COBERTURAS PRINCIPALES **6**
A. ASISTENCIA PRIMARIA 6

B. URGENCIAS 7
C. ESPECIALIDADES MÉDICAS 7
D. OTROS SERVICIOS ASISTENCIALES 9
E. ASISTENCIA HOSPITALARIA 10
F. ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS 10
V. CLÁUSULA III: COBERTURAS EXCLUIDAS **12**
VI. CLÁUSULA IV: PERIODOS DE CARENCIA **16**
VII. CLÁUSULA V: PERSONAS ASEGURABLES **16**
VIII. CLÁUSULA VI: FORMA DE PRESTAR LOS SERVICIOS **16**
A TRAVÉS DEL CUADRO MÉDICO CONCERTADO 17
BASES DEL CONTRATO DE SEGURO 17
PÉRDIDA DE DERECHOS DEL CONTRATO 17
RESCISIÓN DEL CONTRATO 18
INDISPUTABILIDAD 18
DURACIÓN DEL SEGURO 18
PRIMAS DEL SEGURO 18
DEBERES DEL TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO 19
DERECHOS DEL TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO 20
OBLIGACIONES DEL ASEGURADOR 20
CONTROL E INSTANCIAS DE RECLAMACIÓN 20
OTROS ASPECTOS LEGALES A TENER EN CUENTA 25
XI. ANEXO I: COPAGOS EN CIRUGÍAS **27**
X. ANEXO II: COPAGOS POR PRUEBAS DIAGNÓSTICAS **28**
XI. ANEXO III: COSTE POR CADA TALONARIO Y ANALÍTICA **29**
XII. ANEXO IV: REEMBOLSOS **30**

I. I. CLÁUSULA PRELIMINAR

El presente contrato se rige, por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de octubre de Contrato de Seguro (B.O.E. de 17 de Octubre de 1980); por la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, y su Reglamento de Desarrollo (Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras), por las demás disposiciones legales y reglamentarias españolas que le sean aplicables, por la propia póliza y por las normas que en el futuro sustituyan o modifiquen a las enumeradas, sin que tengan validez las cláusulas limitativas de los derechos de los Asegurados que no sean específicamente aceptadas por los mismos por escrito. No requerirán dicha aceptación las meras transcripciones o referencias a preceptos legales o reglamentarios imperativos.

II. GLOSARIO DE TÉRMINOS

A. TÉRMINOS ASEGURADORES

1. **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.
2. **Asegurado:** Cada persona física incluida en la póliza (que cumpla con la condición de Mutualista o Beneficiario) y especificada en las Condiciones Particulares, con derecho a percibir las prestaciones del seguro, y que puede o no coincidir con la persona del Tomador.
3. **Beneficiario:** Tendrá esta condición el Asegurado que ha de recibir la prestación del Asegurador, en caso de producirse el siniestro.
4. **Copago**: Es el porcentaje no cubierto por la Póliza que el Asegurado debe pagar al recibir la asistencia médica o quirúrgica. Este porcentaje se aplicará al total facturado.
5. **Cuadro Médico:** Conjunto de profesiones y establecimientos concertados por el Asegurador en Santiago de Compostela, para prestar los servicios de asistencia médica y quirúrgica al asegurado, de acuerdo con lo establecido en las Condiciones Generales, en las particulares, y en su caso, en las Especiales y Suplementos de Póliza que se emitan.
6. **Cuestionario de Salud:** Formulario de preguntas, que forma parte del contrato de seguro, facilitado por el Asegurador al Tomador y/o Asegurado, que tiene por objeto determinar su estado de salud y conocer las circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo que es objeto del seguro.
7. **Dolo:** Acción u omisión cometida con fraude o engaño con la intención de producir un daño u obtener un beneficio afectando los intereses de un tercero.
8. **Domicilio del Asegurado:** Es aquel donde resida el Asegurado y que conste expresamente mencionado en las condiciones particulares de la póliza.
9. **Entidad Aseguradora o Asegurador:** MPS Unión Protectora, persona jurídica que asume el riesgo contractualmente pactado.
10. **Exclusiones:** Servicios de asistencia médica y quirúrgica que no están cubiertos por la Póliza y se encuentran claramente especificados en las condiciones Generales, en la particulares y en su caso en las Especiales y Suplementos de Póliza que se emitan.
11. **Plazos de Carencia:** Periodo de tiempo (computado por meses transcurridos a partir de la fecha de efecto de alta de cada Asegurado en la póliza) durante el cual no entran en vigor algunas de las coberturas incluidas dentro de las garantías que recoja la misma.

12. **Plazo de Disputabilidad:** Periodo de tiempo durante el que el Asegurador puede negar sus prestaciones o impugnar el contrato alegando la existencia de enfermedades anteriores del Asegurado y no declaradas por él. Transcurrido este plazo, el Asegurador sólo tendrá esa facultad en caso de que el Tomador y/o Asegurado hayan actuado dolosamente.
13. **Póliza:** Documento escrito que contiene las condiciones reguladoras del seguro, así como los derechos y deberes de las partes y que sirve de prueba de la existencia de este. Forman parte integrante de la póliza: la solicitud de seguro, el Cuestionario de Salud, las Condiciones Generales, las Particulares, las Adicionales y Complementarias o Apéndices que se añadan a la misma, para completarla o modificarla.
14. **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.
15. **Prestación:** Es la asistencia sanitaria que se deriva de la presentación de un siniestro. Se entiende por asistencia el acto de atender o cuidar la salud de una persona.
16. **Prima:** Es el precio del seguro, es decir, la cantidad que el Tomador del Seguro o Asegurado debe abonar al Asegurador. El recibo contendrá, además, los recargos, tasas e impuestos que sean de legal aplicación.
17. **Siniestro:** Todo hecho cuyas consecuencias estén total o parcialmente cubiertas por la póliza y que formen parte del objeto del seguro. Se considera que constituye un sólo y único siniestro el conjunto de servicios derivados de una misma causa.
18. **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 Entidad Aseguradora.
19. **Tomador del seguro:** Es la persona, física o jurídica que junto con el Asegurador 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.

B. TÉRMINOS SANITARIOS

1. **Asistencia Sanitaria:** Acto de atender o cuidar la salud de una persona.
2. **Asistencia Sanitaria con Hospitalización:** Es la asistencia prestada en un centro hospitalario en régimen de internamiento, con registro de entrada y permanencia del Asegurado como paciente, durante un mínimo de 24 horas, para el tratamiento médico, diagnostico, quirúrgico o terapéutico del mismo.
3. **Asistencia Sanitaria sin Hospitalización/Ambulatoria:** Es la asistencia médica, diagnóstica, quirúrgica o terapéutica prestada en consultorios médicos, y/o en el hospital que no suponga hospitalización.
4. **Consulta:** Relación asistencial entre paciente y facultativo, en el mismo espacio y tiempo, siendo necesaria la presencia física de ambos.
5. **Diagnóstico:** Juicio médico sobre la naturaleza de la enfermedad o lesión de un paciente, basado en la valoración de sus síntomas y signos y en la realización de pruebas complementarias correspondientes.
6. **D.U.E./Enfermero/A.T.S.:** Diplomado Universitario en Enfermería, o Asistente Técnico Sanitario legalmente capacitado y autorizado para desarrollar la actividad de enfermería.
7. **Enfermedad**: Toda alteración del estado de salud de un individuo que sufre la acción de una patología, que no sea consecuencia de accidente o lesión, y cuyo diagnóstico y confirmación sea

efectuado por un profesional sanitario legalmente reconocido, y que haga precisa la asistencia facultativa.

8. **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 periodo de la vida del individuo.
9. **Habitación convencional:** Habitación de una sola estancia o habitáculo, dotada de los equipamientos necesarios para la asistencia sanitaria. No se entienden como convencionales las suites o habitaciones con antesala.
10. **Hospital:** Todo establecimiento público o privado legalmente autorizado para el tratamiento de enfermedades o lesiones, provisto de presencia médica permanente y de los medios necesarios para efectuar diagnósticos, tratamientos médicos e intervenciones quirúrgicas y que permita el ingreso del paciente. 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.
11. **Intervención quirúrgica:** Toda intervención con fines diagnósticos o terapéuticos, realizada mediante cirugía efectuada por un médico especialista competente en un centro autorizado (hospitalario o extrahospitalario) y que requiere normalmente la utilización de una sala específica dotada del equipamiento necesario.
12. **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.
13. **Material de osteosíntesis:** Piezas de cualquier naturaleza empleadas para la unión de los extremos de un hueso fracturado o para soldar extremos articulares.
14. **Material ortopédico:** Piezas anatómicas de cualquier naturaleza utilizadas para prevenir o corregir las deformidades del cuerpo.
15. **Médico:** Doctor o Licenciado en Medicina legalmente capacitado y autorizado para tratar médica o quirúrgicamente las enfermedades o lesiones.
16. **Médico Consultor:** Son aquellos facultativos, pertenecientes al Cuadro Médico de la Entidad, que sean designados como tales médicos consultores y cuya consulta requiere la previa autorización de la Entidad, a petición razonada de un médico especialista de la misma.
17. **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.
18. **OMC:** Organización Médico Colegial.
19. **Parto:** El parto normal o a término es aquél que se produce entre la 37ª y la 42ª semana desde la fecha de la última menstruación. Los partos ocurridos antes de las 37 semanas se consideran partos prematuros y los que ocurren después de las 42 semanas se consideran partos postérmino.
20. **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.
21. **Prótesis:** Todo elemento de cualquier naturaleza, que reemplaza temporal o permanentemente la ausencia de un órgano, tejido, fluido orgánico, miembro o parte de alguno de éstos. A título de ejemplo, tienen esa consideración los elementos mecánicos (sustituciones articulares) o biológicos

(recambios valvulares cardiacos, ligamentos) lentes intraoculares, reservorios de medicamentos, etc.

22. **Recién Nacido:** Es la etapa diferenciada de la vida que se extiende durante cuatro semanas a partir de su nacimiento.
23. **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.
24. **Servicios a domicilio:** Visita en el domicilio que figura en la póliza y a solicitud del Asegurado por parte de médico de familia, 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.
25. **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.

III. CLÁUSULA I: OBJETO DEL SEGURO

Por esta Póliza, el Asegurador cubre la asistencia médico-quirúrgica y hospitalaria para las enfermedades descritas en la Cláusula II "Coberturas Principales", dentro de los límites fijados en estas condiciones y las que se establecen en las Condiciones Particulares y Especiales y/o en el Cuestionario y/o Solicitud del Seguro, previo cobro de la prima correspondiente.

IV. CLÁUSULA II: COBERTURAS PRINCIPALES

Con carácter general y con las limitaciones y exclusiones resaltadas en el condicionado de esta póliza, las prestaciones sanitarias cubiertas son las correspondientes a las siguientes especialidades:

A. ASISTENCIA PRIMARIA

1. **Medicina Familiar:** Comprende la asistencia médica en consulta, indicación y prescripción de las pruebas y medios diagnósticos básicos (analítica y radiología general), durante los días y horas establecidos al efecto por el facultativo, y la asistencia médica a domicilio cuando por motivos que dependan sólo de la enfermedad que aqueje al Asegurado se encuentre impedido para trasladarse a la consulta del médico.

2. **Pediatría:** Comprende la asistencia de niños hasta cumplir los 15 años, en consultorio, la indicación y prescripción de las pruebas y medios diagnósticos básicos (analítica y radiología general) aplicándose las mismas normas ya citadas para la cobertura de Medicina Familiar.

3. **Servicio de Enfermería:** Comprende la asistencia en consulta.

B. URGENCIAS

Comprende la asistencia sanitaria en casos de urgencia que se prestará en los centros de urgencia permanente. Se incluyen las urgencias pediátricas y analíticas en consulta de urgencias. En caso de ingreso por urgencias no quirúrgico, se dará cobertura médica e ingreso durante siete días.

C. ESPECIALIDADES MÉDICAS

1. **Análisis Clínicos:** Hematología, bioquímica, bacteriología e inmunología**. No se incluye la determinación de recuento del RNA de la hepatitis B o C, la prueba del aliento o test de la Ureasa y pruebas de la nutrición, así como el test de intolerancia alimentaria, determinaciones de las pruebas alérgicas ni determinaciones de tipo genético y la prueba de la tuberculosis I.G.R.A.**

2. **Anatomía Patológica:** Incluye la realización de citologías, biopsias y virus del papiloma humano (HPV**). No se incluye la inmunohistoquímica, receptores hormonales; tumores indiferenciados y factores pronósticos y la biopsia de médula ósea, muscular.**

3. **Anestesiología: No incluye bloqueo e infiltración, ni control postoperatorio mediante catéteres peridurales o axilares o del plexo braquial.**

4. **Angiología y Cirugía Vascular: Queda excluido el tratamiento esclerosante de varices con espuma o micro espuma.**

5. **Cardiología: Queda excluido toda intervención de carácter cardiológico, así como los tratamientos y estudios que pudieran derivarse de dichas intervenciones, tales como las Coronariografía, Angioplastia Coronaria, Tac Coronario y Angio Tac Coronario, Angio Tac Arterias Coronarias; Angio Resonancia Coronaria, Stents, Caterismos y cualquier otro tipo de prótesis, válvulas y material protésico. No se incluye la cardioversión eléctrica.**

6. **Cirugía General: No incluye material y uso de aparataje en la cirugía por vía laparoscópica. Aparataje y consumos con fibra LÁSER.**

7. **Cirugía Ortopédica y Traumatológica**: No incluye material y uso de aparataje en la cirugía por vía artroscópica.

8. **Dermatología:** Láser de CO2 o similar. Tratamiento de condilomas y tumores cutáneos. Molluscum contagiosum, acrocordones o puntos rubí. Tratamiento quirúrgico.

9. **Endocrinología y Nutrición**

   No se incluyen los test de la nutrición ni de intolerancia alimenticia.

10. **Hematología: No incluye trasplantes autólogos tanto de médula ósea como de células progenitoras de sangre periférica ni biopsia de médula. No se incluye la sangría terapéutica ni transfusiones sanguíneas.**

11. **Medicina Interna**

12. **Medicina Nuclear: No incluye las Tomografías por emisión de positrones (PET), gammagrafías óseas y de tiroides.**

13. **Neumología**

14. **Neurocirugía: No incluye la cirugía con asistencia de navegación quirúrgica (Neuro navegadores) y la Monitorización Electrofisiológica Intraoperatoria.**

15. **Neurofisiología Clínica: No incluye el estudio del sueño ni la polisomnografía.**

16. **Neurología**

17. **Obstetricia y Ginecología: No incluye el material y el uso de aparataje en las intervenciones ginecológicas por vía laparoscópica ni el estudio y diagnóstico básico de la infertilidad y esterilidad. No incluye planificación familiar: ligadura de trompas.** Incluye la implantación del DIU (siendo el dispositivo por cuenta del Asegurado).

18. **Oftalmología:** Incluye la fotocoagulación por láser exclusivamente para desgarros en retina, en glaucoma, Iridotomía y Trabeculoplastia Iridocapsulotomia, membranulectomía o eliminación de depósitos sobre lente intraocular. **Queda excluida la cirugía refractiva de cualquier tipo (para miopía, hipermetropía y astigmatismo). Quedan excluidas las cirugías de Pterigum, Entropion y Ectropion, Dermatochalasis, Bleferoplastia y Ptosis palpebral y todo tipo de cirugías tumorales (órbita). No se incluye terapias fotodinámicas ni las inyecciones intravitreas.**

19. **Otorrinolaringología: No incluye la cirugía mediante láser y radiofrecuencia inducida, ni pruebas del estudio del vértigo.**

20. **Psiquiatría: No incluye el ingreso psiquiátrico ni psicoanálisis, psicoterapia, hipnosis, narcolepsia, test psicológicos, así como tratamientos en pacientes afectos de demencias (Alzheimer).**

21. **Radiodiagnóstico-Diagnóstico por Imagen:** Comprende las técnicas habituales de diagnóstico (TAC y Resonancia Magnética Nuclear de estudios simples). **Los estudios especiales mediante TAC y Resonancia Magnética tendrán el 50% del costo por cuenta del Asegurado (Uro TAC, TAC Páncreas TAC renal y Colono TAC; RM mama; RM de columna total; Colecistopancreatografía (CPRM) por RM y con Secretina; Urografía por RM; Angio RM de Aorta Torácica; Troncos supra-aórticos y Cerebral; RM de Arterias Pulmonares y Renales; RM de Hígado; RM Cardíaca; Artro RM; RM endorectal y endovaginal; RM Útero; RM Ovarios; RM de Páncreas; RM de Bazo; RM de Próstata; RM Recto; RM Renal; RM Suprarenales y RM Plexo Braquial).**

22. **Reumatología**

23. **Urología:** Punción prostática ecodirigida (bioppsia), Cistoscopia diagnóstica (biopsia) y Ureterorrenoscopia diagnóstica (biopsia). **No incluye la vasectomía, el estudio y diagnóstico de la infertilidad y esterilidad y la litotricia del aparato urinario. Quedan excluidas las intervenciones**

de próstata mediante cualquier técnica de láser y el tratamiento de la Hiperplasia Benigna de Próstata. No incluye el estudio urodinámico completo.

D. OTROS SERVICIOS ASISTENCIALES

1. **Ambulancia:** Se prestará este servicio por vía terrestre. **Solo están comprendidos en la presente garantía, los traslados desde el lugar donde se encuentre el asegurado al hospital donde se prestará la asistencia objeto de la cobertura y desde éste a su domicilio (restringido a la ciudad de Santiago de Compostela). Esta prestación no incluye los traslados requeridos para tratamientos de fisioterapia, para la realización de las pruebas diagnósticas, ni para asistencia a consultas. No está incluido el Servicio de Ambulancia prestado por la Fundación Pública de Urgencias Sanitarias de Galicia 061 o cualquiera otro que los sustituya en un futuro.**

2. **Enfermería:** Administración de inyectables, con prescripción médica, e inyectable a cargo del asegurado, curetajes, extracción de sangre, medición de tensión arterial y azúcar.

3. **Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matronas):** La asistencia al parto por matrona se realizará en todo caso en régimen de ingreso hospitalario.

4. **Prótesis: No incluye ningún tipo de prótesis de los que a continuación se describen:**

   a) **Oftalmología: Lente intraocular monofocal o multifocal utilizada para la cirugía de cataratas. Electroretinograma.**
   b) **Traumatología y Cirugía Ortopédica: Prótesis de cadera, de rodilla, y de otras articulaciones; material necesario para la fijación de columna; disco intervertebral; material de interposición intervertebral (intersomático o interespinoso); material necesario para vertebroplastia-cifoplastia; material osteo-ligamentoso biológico obtenido de bancos de tejidos nacionales; material de osteosíntesis; sustitutos óseos y rellenos óseos. Rizolisis facetaria lumbar.**
   c) **Área Cardiovascular: La prótesis vasculares stent, by-pass periférico o coronario, medicalizado o no medicalizado, los conductos valvulados aórticos, válvulas cardíacas y cualquier otra de implantación por vía percutánea o transapical; marcapasos y cualquier tipo de desfibrilador y del corazón artificial; coils y/o materiales de embolización.**
   d) **Tratamiento del Dolor**: **Reservorios.**
   e) **Hematología: Unidades de Sangre para transfundir.**
   f) **Otros materiales quirúrgicos: Mallas abdominales e inguinales sistemas de suspensión urológica; sistemas de derivación de líquido cefalorraquídeo (hidrocefalia); prótesis de mama y suturas metálicas.**
   g) **Materiales de fijación ósea.**

5. **Odontología:** Son objeto de cobertura los servicios y actos que se indican a continuación:

   a) **Odontología Preventiva:** Consulta odontología general: exploración y diagnóstico
   b) Extracción pieza simple que no implique cirugía.
   c) **Odontopediatría (menores de 15 años):** Consulta; Extracción diente temporal.

E. ASISTENCIA HOSPITALARIA

Comprende cualquier tipo de hospitalización (médica, pediátrica, quirúrgica, obstétrica) se realizará en clínica u hospital. El enfermo ocupará habitación convencional y estancias con la manutención del enfermo, comprendidos en la cobertura de la póliza. **El asegurado deberá asumir el pago de la diferencia por estancia en habitación individual con independencia de que la decisión sea suya o del Centro hospitalario. No incluyen estancias en U.V.I, U.C.I.**

F. ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS

A continuación, se describen las intervenciones quirúrgicas con cobertura en la que se incluyen los honorarios médicos, los honorarios del anestesista, los derechos de quirófano, la medicación y material desechable en el quirófano. Algunas de estas prestaciones están sujetas a copago; Ver ANEXO I: COPAGOS EN CIRUGÍAS. **LIMITACIÓN 2 CIRUGÍAS POR AÑO Y A PARTIR DE LA 3ª TENDRÁ UN COPAGO 70% DEL COSTE exceptuando cualquier cirugía derivada de un ingreso por urgencias**

1. **Angiología y Cirugía Vascular:**
   Intervención de varices por técnica CHIVA (2669).

2. **Cirugía General y del aparato digestivo:**
   Hernia Epigástrica. Tratamiento quirúrgico (0732).
   Tumerectomía de mama. Cuadrantectomía (0724).
   Cuerpos extraños profundos. Tratamiento quirúrgico (0745).
   Hemorroidectomía (0753).
   Hernia inguinal y/o crural unilateral por laparoscopia (0755).
   Hernia umbilical. Tratamiento quirúrgico (0754).
   Hidrocele unilateral. Tratamiento quirúrgico (0756).
   Mastectomía simple. Con o sin vaciamiento axilar (0759).
   Prolapso rectal. Tratamiento quirúrgico por vía perineal (0765).
   Tumoración de partes blandas profundas. Extirpación (0773).
   Fistula anal o perianal. Reproducida o multioperada (0791).
   Hernia inguinal y/o crural bilateral por laparoscopia (0799).
   Hidrocele bilateral. Tratamiento quirúrgico (0801).
   Quiste de ovario. Quistectomia (0811)
   Quiste tiroideo. Tratamiento Quirúrgico (0782)
   Colecistectomía por laparoscopia o por laparatomia (0827).

3. **Dermatología:**
   Tumores cutáneos cara y cuello. Extirpación quirúrgica (0712).
   Molluscum contagiosum. Acrocordones o punto rubí. Tratamiento quirúrgico (2488).
   Tumores cutáneos cara y cuello. Extirpación quirúgica y cierre directo (0945).

4. **Obstetricia y Ginecología:**
   Colocación DIU.
   Bartholinitis. Marsupialización (1696).

Cerclaje de cuello uterino.Colocación (1697).
Conización de cuello uterino (1698).
Legrado uterino ginecológico diagnóstico o terapéutico, urgente o programado (1700).
Tumorectomía de mama. Cuadrantectomía (0724).
Mastectomía simple, con o sin vaciamiento axilar (0759).
Polipectomía por histeroscopia (1710).
Quiste de ovario. Quistectomía por laparoscopia (1712).
Histerectomía Total (3211).

5. **Oftalmología:**
Cuerpo extraño conjuntival. Extracción (1766).
Cuerpo extraño corneal. Extracción (3220).
Dacriolitos. Extracción. (1768)
Chalación único. Tratamiento Quirúrgico (1773).
Tumor o quiste palpebral. Extirpación simple (0927).
Chalación multiple. Tratamiento quirúrgico (3218).
Iridectomías quirúrgicas (1795).
Tumor de parpado. Extirpación con plastia local (1796).
Dacriocistorrinostomia (1802).
Cataratas. Extracción por facoemulsificación con o sin colocación de lente intraocular (3216).
Vitrectomia (1821).

6. **Otorrinolaringología:**
Miringotomia simple o bilateral (1862).
Adenoidectomía (1865).
Cirugía de Cornetes. Extracción cola de cornetes. Extirpación de cornetes (1866).
Amigdalectomía con o sin adenoidectomía (1872).
Miringotomía y colocación tubos de drenaje. Uni o bilateral (1878).
Cirugía Endoscopica nasosinusal unilateral (1893).
Cirugía Endoscopica nasosinusal bilateral (1909).
Septoplastia (1251).

7. **Traumatología y Cirugía Ortopédica.**
Avulsión ungueal: Uña incarnata, onicogrifosis. Tratamiento quirúrgico (0714).
Dedo en resorte, martillo, garra, cuello cisne. Tratamiento quirúrgico (2014).
Higromas, Bursitis, Glangiones y quiste sinoviales. Extirpación (0734).
Tenosinovitis estenosante. Tratamiento quirúrgico (2023).
Espolón Calcaneo y Neuroma de Morton. Extirpación (2028).
Hallux Valgus. Cirugía percutánea. Alineación metatarsial (2039).
Sindrome compresivo de Tunel Carpiano. Tratamiento quirúrgico (1575).
Meniscectomía. Tratamiento por artroscopia (2160).

8. **Urología.**
Cirugía del frenillo. Frenulectomia.
Circuncisión. Fimosis (0725).

Hidrocele unilateral. Tratamiento quirúrgico (0756).
Hidrocele bilateral. Tratamiento quirúrgico (0801).
Incontinencia urinaria. Con o Sin cistourocele (1716).

V. CLÁUSULA III: COBERTURAS EXCLUIDAS

El Asegurador no asume en ningún caso la prestación de los servicios de asistencia médica ni asumirá los gastos que por tales servicios se generen respecto de las siguientes exclusiones de cobertura, sin perjuicio de cualquier otra exclusión debidamente resaltada en el condicionado de esta póliza:

1. **Cualquier servicio de asistencia médica y quirúrgica no indicado en el presente contrato de póliza, en la Cláusula II "Coberturas Principales" de la póliza.**

2. **Toda clase de enfermedades, defectos o deformaciones preexistentes y/o congénitas, a consecuencia de accidentes o enfermedades ocurridos con anterioridad a la fecha de inclusión de cada Asegurado en la póliza; así como los que puedan derivarse de aquellos. El Tomador del seguro, en su nombre y en el de los beneficiarios y/o cada uno de estos, está obligado a manifestar, conforme el cuestionario que le someta el Asegurador en el momento de suscribir la propuesta/solicitud de seguro, si padecen o han padecido cualquier tipo de lesión, patología congénita, enfermedades, pruebas diagnósticas, tratamientos y la sintomatología que pudiera considerarse como el inicio de alguna patología. Manifestándose de esta forma, la afección se considerará como preexistente y/o congénita y, en consecuencia, excluida de las coberturas pactadas en el contrato de seguro. Si hubiera enfermedades preexistentes y/o congénitas, la Entidad se reserva el derecho de aceptar o rechazar la incorporación del solicitante o solicitantes, y en caso de aceptarlo(s), se incluirá la correspondiente cláusula de exclusión a las condiciones particulares de la póliza en lo que se refiere a la prestación de servicios por enfermedades, defectos o deformaciones preexistentes y/o congénitas, presentes con anterioridad a la fecha de inclusión de cada asegurado en la póliza; así como los que puedan derivarse de aquellos.**

3. **La asistencia sanitaria relacionada con enfermedades accidentes, lesiones, malformaciones o defectos producidos como consecuencia de guerras civiles, internacionales, actos de carácter terrorista en cualquiera de sus formas (química, biológica, nuclear, etc.), revoluciones, motines, alzamientos, represiones y maniobras militares, aún en tiempo de paz, y epidemias declaradas oficialmente.**

4. **Enfermedades o accidentes que guarden relación directa o indirecta con radiación nuclear o contaminación radiactiva, así como los que provengan de fenómenos naturales como terremotos, inundaciones, erupciones volcánicas y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos.**

5. **La asistencia sanitaria que exija el tratamiento por enfermedades o accidentes laborales, profesionales, escolares y en competiciones deportivas, la derivada de la utilización de vehículos a motor cubierta por el Seguro del Automóvil de Suscripción Obligatoria, así como los gastos derivados de la asistencia sanitaria prestada en centros de la Seguridad Social o centros integrados en el Sistema Nacional de Salud que no estén concertados con el Asegurador.**

6. **La asistencia sanitaria derivada de alcoholismo crónico, drogadicción, intoxicaciones debidas al abuso del alcohol, de psicofármacos, estupefacientes o alucinógenos, intento de suicidio y autolesiones, de enfermedades o accidentes sufridos por culpa grave o negligencia del Asegurado.**

7. **Los productos farmacéuticos fuera del régimen de hospitalización, la quimioterapia, así como las vacunas de todo tipo y productos de parafarmacia.**

8. **Quedan expresamente excluidos todos aquellos procedimientos diagnósticos, quirúrgicos o 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, autovalimiento y eliminación o disminución del dolor y el sufrimiento y los que consisten en meras actividades de ocio, descanso, confort o deporte. Los tratamientos en balnearios y curas de reposo.**

9. **Queda excluida la homeopatía.**

10. **Tratamientos, inclusive la cirugía, encaminados a solventar la esterilidad o infertilidad en ambos sexos (fecundación in vitro, inseminación artificial) y la interrupción voluntaria del embarazo, así como las pruebas diagnósticas relacionadas. Está excluido el estudio, diagnóstico y tratamiento (inclusive la cirugía) de la impotencia y de la disfunción eréctil.**

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

12. **Están excluidos los tratamientos capilares con finalidad estética.**

13. **La hospitalización en procesos psiquiátricos y rehabilitación psicosocial.**

14. **Los reconocimientos médicos generales de carácter preventivo.**

15. **Todo lo relativo a la terapia educativa, tal como la educación del lenguaje en procesos congénitos o la educación especial para enfermos con afección psíquica y demencias.**

16. **Las endodoncias, obturaciones, colocación de prótesis dentales, ortodoncias, periodoncias e implantes, así como otros tratamientos odontológicos.**

17. **Las prótesis de cualquier clase o naturaleza.**

18. **Tratamientos crónicos de diálisis y hemodiálisis.**

19. **Se excluye el Servicio de Ambulancia prestado por la FUNDACIÓN PÚBLICA DE URGENCIAS SANITARIAS DE GALICIA 061.**

20. **La cirugía refractiva de cualquier tipo para miopía, hipermetropía y astigmatismo. Las técnicas quirúrgicas o procedimientos terapéuticos que usan el láser, salvo la cirugía oftálmica intraocular.**

21. **Las determinaciones del mapa genético, que tienen como finalidad conocer la predisposición del Asegurado o de su descendencia presente o futura a padecer ciertas enfermedades relacionadas con alteraciones genéticas.**

22. **Cirugía de cambio de sexo.**

23. **Se excluyen las técnicas diagnósticas quirúrgicas y tratamientos de nueva aparición no incluidos en la presenta póliza**

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

25. **Se excluye cualquier tipo de servicio relacionado con patologías no cubiertas, así como complicaciones que se deriven de éstas.**

26. **Medicinas alternativas, naturopatía, homeopatía, acupuntura, mesoterapia, hidroterapia, magnetoterapia, presoterapia, ozonoterapia.**

27. **Los tratamientos de fisioterapia y rehabilitación.**

28. **Quedan excluidas: La cirugía bariátrica en obesidad, cirugía de Parkinson y la cirugía de la epilepsia.**

29. **Psicología**.
Colaboración con clínicas de Psicología con precios especiales para mutualistas

30. **Fisioterapia**.
Colaboración con clínicas de fisioterapia con precios especiales para mutualistas.

31. **No se incluye en la póliza los siguientes servicios y actos:**

- **Odontología Preventiva: Fluorizaciones tópicas; tratamiento para la sensibilidad dental y sellador de fisuras.**
- **Cirugía oral: Extracción pieza dental (no cordal) incluido más quistes dentarios; extracción cordal (muela del juicio); extracción cordal (muela del juicio) incluido más quistes dentarios; extracción**

restos radiculares; extracción por odontosección; revisión postoperatoria (incluye retirar suturas).

- **Odontopediatría (menores de 15 años): Educación bucodental; radiografía intraoral; limpieza de boca.**
- **Implantología: Mantenimiento implantológico.**
- **Radiología: Radiografía periapical /aleta /oclusal; radiografía lateral cráneo; ortopantomografia (panorámica); cefalometría; fotografías o diapositivas; tomografía axial computarizada (TAC dental); estudio radiológico para ortodoncia.**
- **Patología Articulación Temporomandibular: Análisis oclusal.**
- **Odontología Conservadora: Empaste; reconstrucción; recubrimiento pulpar directo; recubrimiento pulpar indirecto; empaste provisional.**
- **Endodoncia: Consulta tratamiento sintomatológico (apertura, instrumentación y drenaje); material retroobturador (MTA); endodoncia unirradicular; endodoncia birradicular; endodoncia polirradicular; poste de fibra de vidrio o carbono; reendodoncia unirradicular; reendodoncia birradicular; reendodoncia polirradicular.**
- **Odontología Estética: Blanqueamientos: Blanqueamiento dental con férulas en domicilio (por tratamiento); blanqueamiento dental por fotoactivación (por tratamiento); blanqueamiento dental por fotoactivación (por pieza y sesión); blanqueamiento dental mixto fotoactivación más férula (por tratamiento). Reconstrucción frente estético: Carilla de porcelana; carilla inyectada; carilla de zirconio; carilla de composite; reconstrucción carillas de composite (por pieza); reparación intraoral de porcelana (por pieza).**
- **Prótesis: Montaje y estudio en articulador semiajustable; tallado selectivo; encerado diagnóstico (por pieza). Prótesis fija: Retirar puente/corona/mantenedor de espacio (por pieza); incrustación; corona de resina provisional; corona o unidad de puente sobre diente; corona o unidad de puente estética sobre diente; suplemento material precioso; muñón colado unirradicular; muñón colado multirradicular; apoyo Maryland (unidad); attaches; recementado. Prótesis removible: Removible acrílico (de 1 a 3 piezas); removible acrílico (de 4 a 6 piezas); removible acrílico (más de 6 piezas); suplemento resina hipoalérgica (por arcada); compostura; compostura (rebase) (por aparato); compostura (añadido de retenedor); refuerzo metálico; compostura (añadir pieza a removible acrílico); completa provisional (una arcada, superior o inferior); completa definitiva con refuerzo metálico; esquelético (por pieza); esquelético (estructura base) ya sea removible flexible de 1 a 3 piezas, de 4 a 6 piezas y de 6 o más piezas (Flexite, Valplast, otros); hombro o cuello cerámico (por pieza).**
- **Periodoncia: Valoración periodontal (periodontograma) (por arcada); raspado y alisado radicular (por pieza) (curetaje); raspado y alisado radicular (por cuadrante) (curetaje); ferulización periodontal (por pieza); gingivectomía (por cuadrante); cirugía a colgajo (por diente); regeneración con biomateriales (por unidad 0,5gr.); membrana (unidad); alargamiento coronario; colgajo reposición apical (por cuadrante); injerto libre de encía; injerto conectivo de encía; mantenimiento periodontal.**
- **Ortodoncia: Consulta inicial de ortodoncia; estudio radiológico para ortodoncia; consulta en periodo de latencia; renovación aparato por rotura o pérdida; reparación de aparato por rotura; microtornillo ortodóntico (por unidad); Tratamientos Complementarios: 1ª reposición brackets metálicos; 1ª reposición brackets cerámicos; 1ª reposición brackets zafiro; 1ª reposición brackets autoligables; 1ª reposición brackets autoligables estéticos; protector bucal para ortodoncia; 2ª reposición de brackets metálicos (unidad); 2ª reposición de brackets cerámicos (por unidad); 2ª**

reposición de brackets zafiro (unidad); 2ª reposición de brackets autoligables (unidad); 2da reposición de brackets autoligables estéticos (unidad); aparato de retención con férula; aparato de retención con barra lingual. Estudio y diagnóstico para planificación personalizada del tratamiento: Tratamiento con aparatología fija con técnica de brackets autoligables; tratamiento con aparatología fija con brackets autoligables estéticos parcialmente cerámicos (tratamiento ambas arcadas); tratamiento con aparatología fija con brackets autoligables estéticos totalmente cerámicos; tratamiento con aparatología removible con técnica invisible; tratamiento con aparatología fija o removible con tratamiento interceptivo; tratamientos complementarios.

VI. CLÁUSULA IV: PERIODOS DE CARENCIA

Los asegurados en la Mutualidad de Previsión Social Unión Protectora tendrán (6) meses de carencia en cirugías, ingresos no quirúrgicos y consultas de urgencias, con excepción de las consultas de Medicina General, así como las consultas de Medicina Especializada, sin incluir las pruebas complementarias que, en ambos casos, tienen plazo de carencia. Para el caso de neonatos cuando cualquiera de sus progenitores fuese mutualista y cursasen el alta del recién nacido como mutualista dentro de los 30 días naturales siguientes al nacimiento, el recién nacido no tendrá periodo de carencia alguno. Los asegurados que procedan de otro seguro, acreditando tal condición, la carencia será de (3) meses.

VII. CLÁUSULA V: PERSONAS ASEGURABLES

Las personas que se indican más adelante pueden incluirse bajo el presente seguro, siempre que no superen los cincuenta y siete años (57):

1. Asegurado Titular.
2. El (la) cónyuge del Asegurado Titular o la persona con quien mantenga unión estable de hecho.
3. Los hijos, nietos y sobrinos del Asegurado Titular, menores de dieciocho (18) años.

Los hijos, nietos y sobrinos del Asegurado Titular, al cumplir los dieciocho (18) años, tendrán derecho a suscribir un contrato de seguro individual conservando los derechos de antigüedad ya adquiridos.

VIII. CLÁUSULA VI: FORMA DE PRESTAR LOS SERVICIOS

Por el presente contrato, el Asegurador asume, en los términos y con los límites que se expresan en las presentes Condiciones Generales, en las particulares y, en su caso, en la Especiales y Suplementos de Póliza que se emitan, la asistencia médica y quirúrgica, tanto en régimen ambulatorio como hospitalario de las enfermedades o lesiones comprendidas en la descripción de los servicios de la presente Póliza. Según dispone el artículo 103 de la Ley de Contrato de Seguro, Los gastos de asistencia sanitaria serán por cuenta del asegurador, siempre que se haya establecido su cobertura expresamente en la póliza y que tal asistencia se haya efectuado en las condiciones previstas en el contrato. En todo caso, estas condiciones no podrán excluir las necesarias asistencias de carácter urgente de acuerdo con lo previsto de las condiciones de la póliza.

A TRAVÉS DEL CUADRO MÉDICO CONCERTADO

El cuadro médico contiene la relación de profesionales y centros concertados con la Mutualidad. Permanecerá continuamente actualizado y accesible en la página web de la Mutualidad www.unionprotectora.com.
La asistencia de conformidad con lo previsto en las disposiciones reglamentarias aplicables se prestará en Santiago de Compostela y con los cuadros médicos concertados. Los Asegurados podrán acudir libremente a las consultas de los facultativos especialistas que forman parte del cuadro médico de la Entidad. Para las concretas actuaciones previstas en el ANEXO IV. REEMBOLSOS, el mutualista podrá acudir a médicos ajenos al cuadro y solicitar el reembolso de lo abonado hasta el límite de las cuantías recogidas en dicho ANEXO IV.
Al recibir los servicios que procedan, el Asegurado deberá entregar el talón correspondiente, emitido por MPS Unión Protectora, y cancelar el copago que corresponda de acuerdo con lo establecido en las presentes Condiciones de la Póliza y en el "Anexo de Copagos por talonarios de consultas; Autorizaciones, Urgencias y Analíticas". Igualmente, el Asegurado estará obligado a exhibir su Documento Nacional de Identidad, si le fuese requerido.

Con carácter general, será necesaria la previa autorización expresa del Asegurador para intervenciones quirúrgicas, hospitalizaciones, médicos consultores y determinados métodos terapéuticos y pruebas diagnósticas, previa prescripción escrita de los facultativos de la Entidad. **El Asegurador otorgará esta autorización, salvo que entendiese que se trata de una prestación no cubierta por la póliza. Dicha autorización vinculará económicamente al Asegurador.**

El Asegurado deberá cancelar el Copago indicado en las presentes Condiciones de la Póliza y en el "Anexo Copagos por talonarios de consultas; Autorizaciones, Pruebas diagnósticas, Urgencias y Analíticas" o en "Anexo Copagos en cirugías", según corresponda.

BASES DEL CONTRATO DE SEGURO

El presente contrato ha sido concertado sobre las bases de las declaraciones efectuadas por el Tomador del Seguro y el Asegurado en el cuestionario de salud contenido en la Solicitud del Seguro, donde se le realizan preguntas relativas a su estado de salud, profesión, prácticas de deporte del Asegurado. Dichas declaración constituyen la base para la aceptación del riesgo del presente contrato y forman parte integrante del mismo.

PÉRDIDA DE DERECHOS DEL CONTRATO

El asegurado pierde el derecho a la prestación garantizada:

1. Si al cumplimentar el cuestionario de salud, el Tomador del seguro o Asegurado ha sido inexacto o ha omitido dolosamente cualquier circunstancia por él conocida que pueda influir en la valoración del riesgo, el Asegurador podrá rescindir el contrato durante los treinta días siguientes a la fecha en que haya tenido conocimiento de dicha omisión (Art. 10 de la Ley de Contrato de Seguro).

2. En caso de agravación del riesgo, si el Tomador del Seguro o el Asegurado no lo comunican al Asegurador y han actuado de mala fe (Art. 12 de la Ley de Contrato de Seguro).

3. Cuando el siniestro hubiese sido causado por mala fe del Asegurado (Art. 19 de la Ley de Contrato de Seguro).

4. **Si el hecho garantizado sobreviene antes de que se haya pagado la prima, salvo pacto contrario (Art. 15 de la Ley de Contrato de Seguro).**

RESCISIÓN DEL CONTRATO

El Tomador podrá rescindir el contrato en cualquier momento siempre que preavise con tiempo no inferior a 30 días.

INDISPUTABILIDAD

La póliza será indisputable en cuanto al estado de salud del Asegurado y el Asegurador no podrá negar sus prestaciones alegando la existencia de enfermedades anteriores, una vez transcurrido un año desde la fecha de efecto del presente contrato, salvo que el Tomador del Seguro o el Asegurado hayan actuado dolosamente.

DURACIÓN DEL SEGURO

1. El Seguro se estipula por el periodo de tiempo previsto en las condiciones particulares y, a su vencimiento, de conformidad con el artículo 22 de la Ley de Contrato de Seguro, se prorrogará tácitamente por periodos no superiores a un año. No obstante, cualquiera de las partes podrá oponerse a la prórroga mediante notificación escrita a la otra parte, efectuada con antelación no inferior a dos meses respecto de la fecha de conclusión del periodo en curso si la oposición es del Asegurador o un mes, si el que se opone a la prórroga es el Asegurado.

2. El Asegurador no podrá resolver la Póliza cuando el Asegurado se halle en tratamiento en régimen hospitalario, hasta el alta de éste, salvo renuncia del Asegurado a continuar el tratamiento.

3. Respecto a cada Asegurado, el Seguro se extingue (artículo 15 de los estatutos):

   a) Por fallecimiento.
   b) A petición del propio mutualista.
   c) Por falta de pago de tres mensualidades.

4. Las coberturas contratadas no tomarán efecto mientras no se haya satisfecho el primer recibo de prima.

PRIMAS DEL SEGURO

1. El Tomador del Seguro, de acuerdo con el artículo 14 de la Ley de Contrato de Seguro, está obligado al pago de la prima.

2. La cuantía de la prima se determinará en función de la edad del asegurado en el momento del alta.

3. La primera prima será exigible, conforme al artículo 15 de la citada Ley, una vez firmado el contrato. Si no hubiera sido pagada por culpa del Tomador del Seguro, el Asegurador tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago en vía ejecutiva con base en la Póliza, y si no hubiera sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el Asegurador quedará liberado de su obligación, salvo pacto en contrario.

4. En caso de falta de pago de la segunda y sucesivas primas, la cobertura quedará suspendida una vez transcurrido un mes desde el devengo de la prima impagada, y si el Asegurador no reclama el pago en el plazo de los seis (6) meses siguientes a dicho devengo, se entenderá que el contrato queda extinguido. Si el contrato no hubiera sido resuelto o extinguido conforme a las condiciones anteriores, la garantía volverá a tener efecto a las veinticuatro (24) horas del día en que Tomador del Seguro pague el total importe de la/s prima/s adeudadas.

5. El Asegurador sólo queda obligado por los recibos librados por la Dirección o por sus representantes legalmente autorizados.

DEBERES DEL TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO

El Tomador del Seguro o, en su caso, el Asegurado tendrá las siguientes obligaciones**:**

1. Declarar al Asegurador, antes de la conclusión del contrato y de acuerdo con el cuestionario al que este le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. Quedará exonerado de tal deber si el Asegurador no le somete a cuestionario o cuando, aun haciéndolo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él.

   El Asegurador podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al Tomador del Seguro en el plazo de un (1) mes, a contar del conocimiento de la reserva o inexactitud del Tomador del Seguro o Asegurado.

2. Comunicar al Asegurador, tan pronto como le sea posible, el cambio de domicilio.

3. Para la utilización de los servicios prestados por los denominados médicos consultores en el presente contrato, el Asegurado deberá proveerse del oportuno documento vinculativo de asistencia que deberá entregar cuando se le preste algún servicio de esta índole. Estos servicios sólo podrán ser utilizados previa prescripción de un especialista de la Entidad y con la autorización del Asegurador.

4. Para la utilización de los servicios que procedan, el Asegurado deberá presentar su tarjeta de la MPS Unión Protectora, documento personal e intransferible. En caso de pérdida o sustracción de

esta tarjeta, el Tomador y/o Asegurado tiene(n) la obligación de comunicarlo al Asegurador en el plazo de 72 horas, procediéndose a emitir una nueva tarjeta y anular la extraviada o sustraída. Además, el Tomador del Seguro y/o Asegurado se obliga con el Asegurador a devolver la(s) tarjeta(s) de la MPS Unión Protectora, en el caso de rescisión, resolución y, en general, de finalización de la relación contractual cualquiera que sea la causa de la misma. En caso de incumplimiento de estas obligaciones por parte del Tomador y/o Asegurado; el Asegurador no s e hará responsable del uso indebido o fraudulento de la tarjeta que pudiese cometer cualquier tercero, siendo de cuenta del Tomador y/o Asegurado cualquier coste que se genere.

DERECHOS DEL TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO

El Tomador del Seguro, o en su caso el Asegurado, tendrá derecho a:

1. Recibir las prestaciones indicadas respectivamente en las condiciones de la póliza.

2. El Tomador del Seguro y/o Asegurado podrá reclamar al Asegurador, en el plazo de un mes desde la entrega de la Póliza, que se subsanen las divergencias existentes entre esta y la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas, según dispone el artículo 8 de la Ley de Contrato de Seguro.

OBLIGACIONES DEL ASEGURADOR

1. Además de hacer efectivas las garantías aseguradas, el Asegurador deberá entregar a Tomador del Seguro la Póliza, según lo dispuesto en el artículo 5 de la Ley de Contrato de Seguro, así como un ejemplar del cuestionario de salud y demás documentos que haya suscrito el Tomador del Seguro por medios electrónicos.

2. El Asegurador entregará al Tomador del Seguro y/o Asegurado la(s) tarjeta(s) de la MPS Unión Protectora.

CONTROL E INSTANCIAS DE RECLAMACIÓN

La normativa por la cual se rige el control e instancias de reclamación es la Ley 44/2002 de 22 de noviembre, de Medidas de Reforma del Sistema Financiero, por la Orden ECC/2502/2012, de 16 de noviembre, por la que se regula el procedimiento de presentación de reclamaciones ante los servicios de reclamaciones del Banco de España, la Comisión Nacional del Mercado de Valores y la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, por la Orden ECO/734/2004, de 11 de marzo, sobre los departamento y servicios de atención al cliente de las entidades financieras; la Ley 26/2006, de 17 de julio, de Mediación de Seguros y Reaseguros Privados; la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras y de las Directrices de EIOPA de 14 de junio de 2012.

El Reglamento para la Defensa del Cliente ha sido aprobado por la Junta Directiva de la Mutua y tiene por objeto regular el funcionamiento interno de las quejas y reclamaciones y la actividad y procedimientos del Departamento de Atención al Asegurado.

Las funciones del Departamento de Atención al Asegurado son las siguientes:

- **a)** La atención de forma especializada de las quejas y reclamaciones presentadas por los Asegurados. La transmisión de información necesaria al Defensor del Cliente, si lo hubiera, para la tramitación de las quejas y reclamaciones que a éste le correspondan.
- **b)** La elaboración de una Memoria anual, que se presentará ante la Junta Directiva de la Mutua en el primer trimestre del año siguiente, y de la cual se integrará un resumen en la Memoria anual de la Mutua.
- **c)** La atención de los requerimientos que el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones pueda efectuar a la Mutua en el ejercicio de sus funciones.

La Mutua atiende y resuelve las quejas y reclamaciones presentadas contra ella misma o sus agentes, directamente o mediante representación, por todas las personas físicas o jurídicas, españolas o extranjeras, que reúnan la condición de usuario de los servicios prestados por la Mutua, siempre que tales quejas y reclamaciones se refieran a sus intereses y derechos legalmente reconocidos, ya deriven de los contratos, de la normativa de transparencia y protección de la clientela, o de las buenas prácticas y usos financieros, en particular, del principio de equidad. A tales efectos dispone del Departamento de Atención al Asegurado. En todo caso, al interesado le asiste la facultad de acudir al Servicio de Reclamaciones de la Dirección Xeral de la Xunta de Galicia, con competencias en materia de Mutualidades de Previsión Social, en caso de disconformidad con las decisiones con que finalicen los procedimientos de tramitación de quejas y reclamaciones, o en el supuesto de que el Departamento de Atención al Asegurado no hayan resuelto en el plazo de dos meses desde que se presentó la reclamación.

El titular del Departamento de Atención al Asegurado es designado por la Mutua, por medio de su Junta Directiva, y para ello se tendrán en cuenta los requisitos legalmente exigidos en la Orden ECO/734/2004.

La duración del mandato del titular del Departamento de Atención al Asegurado es por tiempo indefinido y su renovación y cese será potestad de la Junta Directiva de la Mutua.

Constituyen causas de incompatibilidad, inelegibilidad y cese del titular del Departamento de Atención al Asegurado, la pérdida de los requisitos legalmente exigidos, cuales son que en ellos concurra honorabilidad comercial y profesional, conocimiento y experiencia adecuados para ejercer sus funciones, de acuerdo a la definición que de los mismos se establece en la Orden ECO/734/2004, de 11 de marzo.

1. Presentación de las quejas y reclamaciones

Las quejas y reclamaciones se pueden presentar personalmente o mediante representación ante el Departamento de Atención al Asegurado en cualquier oficina abierta al público de la mutua, así como en las direcciones de correo electrónico indicadas en el Reglamento de Atención al Asegurado y en la página web de la entidad, en papel o por medios informáticos, electrónicos o telemáticos, siempre que estos permitan la lectura, impresión y conservación de los documentos. La utilización de medios informáticos, electrónicos o telemáticos deberá ajustarse a las exigencias previstas en la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica. Cuando se presente una queja o reclamación

por esta vía y no se guarden los requisitos de firma electrónica, se informará al interesado que las comunicaciones se harán por correo postal. El procedimiento se inicia mediante la presentación de un documento en el que ha de constar:

a) Nombre, apellidos y domicilio del interesado y, en su caso, de la persona que lo represente, debidamente acreditada.
b) Número del documento nacional de identidad para las personas físicas y datos referidos a registro público para las jurídicas.
c) Motivo de la queja o reclamación, con especificación de las cuestiones sobre las que se solicita pronunciamiento.
d) Los datos de la Mutua reclamada y, en su caso, del agente de seguros.
e) Que el reclamante no tiene conocimiento de que la materia está siendo tratada en un procedimiento administrativo, arbitral o judicial.
f) Lugar, fecha y firma. El reclamante deberá aportar, junto al documento anterior, las pruebas documentales que obren en su poder en que se fundamente su queja o reclamación.

2. Quejas y reclamaciones no admitidas a trámite

Las quejas y reclamaciones no serán admitidas a trámite cuando concurran las siguientes circunstancias:

a) Cuando la queja o reclamación no se refieran a los intereses y derechos legalmente reconocidos del usuario de los servicios financieros, y no se deriven de los contratos, de la normativa de transparencia y protección de la clientela, o de las buenas prácticas y usos financieros, en particular, del principio de equidad.
b) Cuando no se encuentre suficientemente acreditada la identidad del reclamante.
c) Cuando no puedan establecerse con claridad los hechos objeto de la queja o reclamación, o cuando tales hechos, razones y solicitud no se refieran a operaciones concretas.
d) Cuando se pretendan tramitar como queja o reclamación, recursos o acciones distintos cuyo conocimiento sea competencia de órganos administrativos, arbitrales o judiciales, o la misma se encuentre pendiente de resolución o litigio, o el asunto haya sido resuelto en aquellas instancias.
e) Cuando se tenga conocimiento de la tramitación simultánea de una queja o reclamación y de un procedimiento administrativo, arbitral o judicial sobre la misma materia, se abstendrá de tramitar la queja o reclamación.
f) Cuando se reiteren otras anteriores ya resueltas, presentadas por el mismo cliente en relación a los mismos hechos. Cuando se entienda no admisible a trámite la queja o reclamación por estas causas, se pondrá de manifiesto al interesado mediante decisión motivada, dándole un plazo de diez días naturales para que presenten alegaciones. Cuando el interesado hubiera contestado y se mantengan las causas de inadmisión, se le comunicará la decisión final adoptada. El plazo empleado por el reclamante para subsanar errores a que se refiere el párrafo anterior no se incluirá en el cómputo del plazo de dos meses previsto para resolver.

3. Plazo para resolver una queja o reclamación

El plazo para resolver una queja o reclamación por el Departamento de Atención al Asegurado no superará el mes y se comenzará a contar desde su presentación, conforme se expone en los artículos precedentes. Cuando no sea posible responder dentro del plazo indicado, se deberá informar al reclamante sobre las causas del retraso e indicarle cuándo es probable que se complete la investigación y se resuelva la reclamación. Transcurridos dos meses, el reclamante puede acudir al Servicio de Reclamaciones de Dirección Xeral de la Xunta de Galicia, con competencias en materia de Mutualidades de Previsión Social.

4. Deber de colaboración

Todos los departamentos y servicios de la Mutua tienen el deber de facilitar al Departamento de Atención al Asegurado, a la mayor brevedad posible, cuantas informaciones sean solicitadas por en el ejercicio de sus funciones.

5. Relación de asuntos cuyo conocimiento corresponde al Departamento de Atención al Asegurado

Corresponderán al Departamento de Atención al Asegurado el conocimiento de cualquier queja o reclamación presentada por el Asegurado.

6. Recepción de la queja o reclamación

Si la queja o reclamación es recibida en cualquier oficina de la Mutua se hará constar la fecha de presentación a efectos del cómputo del plazo de un mes para resolver, y se enviará al Departamento de Atención al Asegurado.

7. Admisión a trámite de la queja o reclamación por el Departamento de Atención al Asegurado

Recibida la queja o reclamación por el Departamento de Atención al Asegurado, ya proceda directamente del interesado o de cualquier oficina de la Mutualidad, se procederá a la apertura del expediente y se acusará recibo por escrito, en el cual se dejará constancia de la fecha de presentación a efectos del cómputo del plazo para resolver.

8. Tramitación de las quejas y reclamaciones por el Departamento de Atención al Asegurado

El Departamento de Atención al Asegurado recabará en el curso de la tramitación de la queja o reclamación, tanto del reclamante, como de los distintos departamentos de la Mutua, cuantos datos, aclaraciones, informes o elementos de prueba que considere pertinentes para adoptar su decisión. A los efectos de su funcionamiento se han adoptado las medidas oportunas para garantizar que la transmisión de la información que se ha de facilitar al Departamento de Atención al Asegurado responde a los principios de rapidez, seguridad, eficacia y coordinación.

9. Finalización de la tramitación de las quejas y reclamaciones

El Departamento de Atención al Asegurado resolverá la queja o reclamación en el plazo establecido en el apartado 3, mediante decisión motivada que se notificará en el plazo de diez días naturales a contar desde su fecha, en la forma que el Asegurado haya designado expresamente y, en ausencia de tal indicación, a través del mismo medio que presentó la queja o reclamación, por escrito o por medios informáticos, electrónicos o telemáticos, siempre que éstos permitan la lectura impresión y conservación de los documentos y cumplan los requisitos previstos en la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica. En esta comunicación se hará constar la facultad que asiste al reclamante para, en caso de disconformidad con la decisión adoptada, acudir al Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, además de cualquier otro cauce judicial, legal o administrativo que se estime.

10. Allanamiento

Si a la vista de la queja o reclamación, la Mutualidad rectificase su situación con el reclamante a satisfacción de éste, lo comunicará a la instancia competente y lo justificará documentalmente, salvo que existiere desistimiento expreso del interesado. En tales casos se procederá al archivo de la queja o reclamación, sin más trámite.

11. Desistimiento

El interesado puede desistir de su queja o reclamación, lo que supone el archivo del expediente.

12. Instancias de reclamación

Sin perjuicio de la posibilidad de acudir a los Tribunales de acuerdo con lo establecido por la Orden ECO 734/2004, el Tomador, el Asegurado, el Beneficiario, los perjudicados y sus herederos podrán formular las quejas y reclamaciones que estimen oportunas en relación con las actividades de la Aseguradora y del Mediador que consideren abusivas o perjudiciales para sus derechos e intereses legales derivados de la Póliza, ante las siguientes entidades:

a) En todos los casos, ante el Departamento de Atención al Asegurado de la Aseguradora, en los términos descrito en los puntos anteriores.

b) En todo caso, y de acuerdo con lo dispuesto por la Ley 20/2015 y, por los correspondientes reglamentos de ejecución, con especial referencia al reglamento de supervisión de los seguros privados, las controversias derivadas del presente contrato podrán ser resueltas:

(1) Por los jueces y los tribunales competentes (que serán los jueces y el tribunal del lugar en el que el Tomador, el Asegurado y el Beneficiario tienen respectivamente el suyo domicilio principal).

(2) Por decisión arbitral en virtud de los artículos 57 y 58 de la ley General para la Defensa del Consumidor y el Usuario y modificaciones correspondientes, o conforme a lo dispuesto por la ley 60/2003 de Arbitraje (con la condición de que exista un acuerdo previo entre Tomador y Compañía que determine este mecanismo para la resolución de controversias), soportando al cincuenta por ciento los gastos del procedimiento.

(3) A través de un mediador en los términos establecidos por la Ley 5/2012 sobre mediación en materia civil y mercantil.

13. Prescripción

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

OTROS ASPECTOS LEGALES A TENER EN CUENTA

1. Subrogación

a) El Asegurado debe facilitar la Subrogación al Asegurador, quien podrá ejercitar los derechos y las acciones que por razón del siniestro correspondieran al Asegurado frente a las personas responsables del mismo. 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 el Asegurador como consecuencia de dichas declaraciones.

b) El Asegurador no tendrá derecho a la subrogación contra ninguna de las personas cuyos actos u omisiones den origen a responsabilidad del Asegurado, de acuerdo con la Ley, ni contra el causante del siniestro que sea, respecto del Asegurado, pariente en línea directa o colateral dentro del tercer grado civil de consanguinidad, padre adoptante o hijo adoptivo que convivan con el Asegurado. Pero esta norma no tendrá efecto si la responsabilidad proviene de dolo o si la responsabilidad está amparada mediante un contrato de seguro. En este último supuesto, la subrogación estará limitada en su alcance de acuerdo con los términos de dicho contrato.

c) En caso de concurrencia del Asegurador y del Asegurado frente a tercero responsable, el recobro obtenido se repartirá entre ambos en proporción a su respectivo interés.

2. Comunicaciones

a) Las comunicaciones a la MPS Unión Protectora por parte del Tomador del Seguro, del Asegurado o Beneficiario se realizarán en el domicilio social de la Mutualidad por medios físicos o electrónicos.

b) Las comunicaciones de MPS Unión Protectora al Tomador del Seguro, al Asegurado o Beneficiario, se realizarán a la dirección física, electrónica o al número de teléfono facilitado por el Tomador en el momento de realizar la solicitud del seguro mientras no comunique un cambio de la misma. El tomador autoriza a MPS Unión Protectora a que le pueda remitir cualquier comunicación por medios electrónicos siempre que la ley lo permita.

3. Protección de datos de Carácter Personal

a) Los datos recabados a través del presente documento son confidenciales y están protegidos. El Tomador se compromete a que toda la información que facilite al Asegurador, tanto en la solicitud de seguro como durante toda la vigencia de la presente póliza, es cierta y no ha omitido dato alguno sobre el estado de salud de cada uno de los Asegurados.

b) El Asegurador informa al Tomador del seguro y a los Asegurados y estos consienten, en que todos los datos personales y de salud relativos al Tomador y Asegurados sean incorporados a ficheros titularidad del Asegurador para garantizar el pleno desenvolvimiento del contrato, el cumplimiento de las obligaciones establecidas en la normativa aplicable, servir a las actividades propias de esta mutua, incluidas la delimitación del riesgo asociado, reclamaciones o gestión del re/coaseguro, ofrecimiento de programas asistenciales integrales, el conocimiento de los motivos rechazo de esta solicitud o de baja de la póliza, programas de retención y prevención del fraude.

c) El Tomador/Asegurado facultan al Asegurador para que pueda requerir sus datos personales y de salud a los profesionales o centros sanitarios, hospitales y entidades con las que se mantenga relación de reaseguro, coaseguro o colaboración y viceversa, y por tanto autoriza a éstos a que se faciliten recíprocamente dichos datos para la gestión del rea/coa/seguro, ofrecimiento de los programas integrales asistenciales, el mejor conocimiento y valoración de los riesgos a cubrir, para prevención del fraude, determinación de la asistencia sanitaria, abono a los prestadores sanitarios o reintegro al Asegurado de los gastos de asistencia sanitaria y para la atención de las reclamaciones presentadas por los propios Asegurados.

d) Si el Tomador/Asegurado no consintiera la inclusión de sus datos en estos ficheros y su posterior tratamiento según lo descrito anteriormente, el contrato de seguro no podrá llevarse a efecto.

e) El Tomador se hace responsable de comunicar a todos los Asegurados incluidos en la póliza la inclusión de sus datos en los ficheros anteriormente mencionados y el tratamiento que de los mismos pretende realizar el Asegurador para que puedan ejercitar ante la misma los derechos que estimen convenientes.

f) El ejercicio de los derechos de oposición, acceso, rectificación y cancelación de estos datos conforme se establece en la normativa aplicable, pueden ser ejercitados en la sede de la entidad, calle Hórreo, 19- 1º Izquierda, Escalera B. 15702 Santiago de Compostela. En el plazo máximo de 30 días, 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

IX. ANEXO I: COPAGOS EN CIRUGÍAS

El Asegurado debe pagar un monto fijo sobre el costo total de la facturación correspondiente a las siguientes asistencias quirúrgicas:

1.	**Cirugía de Hallus Valgus (Juanetes)** ----------	**1425,00 €**
2.	**Vitrectomía (cada ojo)** ----------	**925,00 €**
3.	**Dacriocistorrinotomía (Reconstrucción del Lagrimal)** ----------	**720,00 €**
4.	**Cirugía de vesícula** ----------	**1280,00 €**
5.	**Cirugía de Hernia Inguinal** ----------	**1490,00 €**
6.	**Quiste de ovario. (Quistectomia)** ----------	**1800,00 €**
7.	**Cirugía de menisco** ----------	**1050,00 €**
8.	**Histerectomía** ----------	**1800,00 €**
9.	**Parto espontáneo de vértice** ----------	**1440,00 €**
10.	**Parto por Cesarea** ----------	**1700,00 €**
11.	**Cirugía de Túnel Carpiano y Neuroma de Morton** ----------	**360,00 €**
12.	**Septoplastia/Cirugía endoscópica** ----------	**1050,00 €**

Los costes reflejados en este anexo podrán ser actualizados cada año por la Mutualidad en función del Índice de Precios al Consumo (IPC) u otro mecanismo regulador.

X. ANEXO II: COPAGOS POR PRUEBAS DIAGNÓSTICAS.

1. **50% en Angiofluorescenigrafías.**
2. **50% en Angiografía con verde de idocianina.**
3. **50% en Tacs y Resonancias Magnéticas estudios especiales (Uro TAC, TAC Páncreas TAC renal y Colono TAC; RM mama; RM de columna total; Colecistopancreatografía (CPRM) por RM y con Secretina; Urografía por RM; Angio RM de Aorta Torácica; Troncos supra-aórticos y Cerebral; RM de Arterias Pulmonares y Renales; RM de Hígado; RM Cardíaca; Artro RM; RM endorectal y endovaginal; RM Útero; RM Ovarios; RM de Páncreas; RM de Bazo; RM de Próstata; RM Recto; RM Renal; RM Suprarenales y RM Plexo Braquial).**
4. **50% en Histerosalpingografía.**
5. **50% en Cistografía Retrograda.**

XI. ANEXO III: COSTE POR CADA TALONARIO Y ANALÍTICA

1. **Cheque Asistencial: 1,5 € (Talonario 15 €).**
2. **Cheque Urgencias: 4 € (Talonario 20 €).**
3. **Autorización analíticas: 5 €**

Los costes reflejados en este anexo podrán ser actualizados cada año por la Mutualidad en función del Índice de Precios al Consumo (IPC) u otro mecanismo regulador.

XII. ANEXO IV: REEMBOLSOS

Consultas médico especialista	**30,00 €**
Gastroscopia/Endoscopia	**90,00 €**
Colonoscopia	**100,00 €**
Tomografía de Coherencia Óptica (OCT)	**30,00 €**
Ecografía	**30,00 €**
Resonancia Magnética Estudio Simple	**190,00 €**
Ecocardio	**95,00 €**

Los costes reflejados en este anexo podrán ser actualizados cada año por la Mutualidad en función del Índice de Precios al Consumo (IPC) u otro mecanismo regulador.