



MUTUALIDAD ABOGACÍA



PLUS SALUD

REGLAMENTO



MUTUALIDAD ABOGACÍA



PLUS SALUD

REGLAMENTO DEL SEGURO DE ASISTENCIA SANITARIA PLUS SALUD

Edición enero de 2020.



MUTUALIDAD ABOGACÍA

ÍNDICE

1. Cláusula preliminar P. 7

2. Modalidad y extensión del seguro P. 7

- 2.1. Acceso a las coberturas P. 7
- 2.2. Asistencia en medios ajenos a la Red de Asistencia Sanitaria P. 8
- 2.3. Asistencia sanitaria que exija el tratamiento de accidentes laborales, profesionales y los amparados por el seguro obligatorio de automóviles P. 8

3. Descripción de las coberturas P. 8

- 3.1. MEDICINA PRIMARIA, SERVICIOS DE URGENCIA, MEDIOS DE DIAGNÓSTICO BÁSICOS Y SERVICIO TELEFÓNICO DE ORIENTACIÓN MÉDICA P. 8
- 3.2. ESPECIALIDADES P. 9
- 3.3. MEDIOS DE DIAGNÓSTICO COMPLETOS P. 11
- 3.4. TRATAMIENTOS P. 11
- 3.5. CIRUGÍA Y HOSPITALIZACIÓN P. 12
- 3.6. DENTAL P. 13
- 3.7. REEMBOLSO DE GASTOS P. 13

4. Coberturas excluidas P. 13

5. Periodos de carencia P. 15

6. Bases del contrato P. 15

- 6.1. Formalización del contrato y duración del seguro P. 15
- 6.2. Otras obligaciones, deberes y facultades del Tomador o Asegurado P. 16
- 6.3. Otras obligaciones Aseguradora P. 16
- 6.4. Pago del seguro (primas) P. 16
- 6.5. Pérdidas de derechos y rescisión del contrato de seguro P. 17
- 6.6. Comunicaciones P. 17
- 6.7. Riesgos sanitarios especiales P. 17
- 6.8. Impuestos y recargos P. 17

7. Cláusula estatutaria sobre responsabilidad personal del mutualista P. 18

8. Información al mutualista y resolución de controversias P. 18

- 8.1. Información al mutualista P. 18
- 8.2. Resolución de quejas y reclamaciones por la Mutualidad General de la Abogacía P. 18
- 8.3. Protección administrativa P. 18
- 8.4. Arbitraje P. 18
- 8.5. Jurisdicción civil P. 18

ANEXO I

ASISTENCIA DE VIAJES EN EL EXTRANJERO +34 917 45 32 80 P. 18

- 1. Disposiciones previas P. 18
- 2. Garantías cubiertas P. 19
- 3. Exclusiones P. 22

ANEXO II

REEMBOLSO DE GASTOS P. 24

- 1. Objeto de la cobertura P. 24
- 2. Definiciones P. 24
- 3. Ámbito P. 24
- 4. Límites generales y parciales de reembolso P. 24
- 5. Forma de prestar los servicios P. 26
- 6. Tramitación en caso del Reembolso de gastos P. 27
- 7. Peritaje P. 27



MUTUALIDAD ABOGACÍA

1.- Cláusula preliminar

El presente Contrato de Seguro se rige por lo dispuesto en los Estatutos de la Mutualidad y en este Reglamento, así como en las siguientes disposiciones: Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro; Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras; Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras; Ley 10/2010, de 28 de abril, de prevención del blanqueo de capitales y de la financiación del terrorismo, y su Reglamento, aprobado por Real Decreto 304/2014, de 5 de mayo; Ley 35/2006 de 28 de noviembre, del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas; Real Decreto 1430/2002, de 27 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de Mutualidades de Previsión Social; Real Decreto 439/2007, de 30 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas y se modifica el Reglamento de Planes y Fondos de Pensiones; Orden ECO/734/2004, de 11 de marzo de 2004, por la que se regulan los Departamentos y Servicios de Atención al Cliente y el Defensor del Cliente de las Entidades Financieras; así como en las demás normas legales y reglamentarias que sean de aplicación.

Las relaciones surgidas entre Tomador, Asegurado y/o Beneficiario y la Mutualidad tendrán carácter estatutario, y se regirán por las disposiciones del presente Reglamento y por los acuerdos que adopte la Junta de Gobierno en el ámbito de su competencia.

2. Modalidad y extensión del seguro

Por medio de este contrato o Póliza, la Mutualidad asume la organización del acceso de los asegurados a la asistencia médica y quirúrgica a nivel nacional o internacional, en toda clase de enfermedades o lesiones que figuran en las especialidades especificadas en la descripción de los servicios de la Póliza. Todo ello queda circunscrito a los límites detallados en estas condiciones así como en el Títu-

lo y en las Condiciones Especiales y al cobro previo de la prima correspondiente.

Esta Póliza se basa en la libre elección de los médicos y centros hospitalarios entre los detallados en la Red de Asistencia Sanitaria. Cuando en alguna población no exista alguno de los servicios comprendidos en el contrato, será facilitado en la localidad donde éste pueda realizarse, a elección del Asegurado dentro de la Red de Asistencia Sanitaria. Cuando se contrate la cobertura opcional 3.7 de Reembolso de Gastos se prestará el servicio en las condiciones recogidas en el Anexo II del presente Reglamento.

Esta libertad de elección de médico y de centro supone la ausencia de responsabilidad directa, solidaria o subsidiaria de la Mutualidad de la Abogacía por los actos de aquellos, sobre los que la Mutualidad no tiene capacidad de control a causa de la protección del secreto profesional, la confidencialidad de los datos sanitarios y la prohibición del intrusismo de terceros en la actividad sanitaria.

Forma parte de la normativa de uso de este seguro la inexistencia de franquicias y/o copagos, salvo que se indique expresamente en algún apartado del presente Reglamento.

En ningún caso se concederán indemnizaciones en metálico en sustitución de la prestación de servicios de asistencia sanitaria, salvo lo previsto en Anexo II del presente Reglamento, cuando este incluida en el seguro la cobertura 3.7 de Reembolso de Gastos.

2.1 Acceso a las coberturas

La Mutualidad entregará al Tomador del seguro la Tarjeta Sanitaria como elemento identificativo para cada Beneficiario y un ejemplar de la Red de Asistencia Sanitaria con el detalle de los servicios concertados - facultativos, centros diagnósticos, centros hospitalarios, servicios de urgencia y servicios complementarios - así como sus direcciones y horarios de consulta.

Los servicios cubiertos por la Póliza pueden ser de libre acceso o precisar autorización previa. Con carácter general, son de libre acceso las con-



sultas de asistencia primaria, de especialistas y las consultas de urgencia, así como las pruebas diagnósticas básicas. Requieren autorización los ingresos hospitalarios, intervenciones quirúrgicas, traslados en ambulancia, actos terapéuticos y pruebas diagnósticas especiales que se detallan en la Red de Asistencia Sanitaria.

Para identificarse ante cualquier facultativo o centro de la red asistencial como Asegurado, éste deberá presentar la Tarjeta Sanitaria. Igualmente, el Asegurado estará obligado a exhibir su Documento Nacional de Identidad si le fuese requerido.

Cuando proceda, se emitirán las correspondientes autorizaciones con la prescripción escrita de un médico de la Red de Asistencia Sanitaria y tras las oportunas comprobaciones administrativas, salvo que se entendiese que se trata de una prestación no cubierta por la Póliza. Para ello, la Mutualidad está autorizada a recabar información médica, relacionada exclusivamente con las prescripciones, directamente del facultativo y/o centro sanitario.

No obstante lo establecido en los párrafos anteriores, será suficiente la orden del médico de la Red de Asistencia Sanitaria, debiendo el Asegurado o persona en su nombre, notificar el hecho por medio fehaciente a la Mutualidad y obtener su confirmación y autorización dentro de las 72 horas siguientes al ingreso en la institución hospitalaria o a la prestación del servicio asistencial. En los supuestos de asistencias de carácter urgente el Asegurador quedará vinculado económicamente hasta el momento en que manifieste sus reparos a la orden del médico, en el caso de entender que la Póliza no cubre el acto médico o la hospitalización.

Las autorizaciones se pueden solicitar por teléfono al Centro de Atención Telefónica 902 55 53 55 o por fax al 902 55 58 00.

2.2 Asistencia en medios ajenos a la Red de Asistencia Sanitaria

La Mutualidad no se hace responsable de los honorarios de facultativos ajenos a la Red Asistencial, ni de los gastos de internamiento y de servicios que dichos profesionales pudieran ordenar. Asimismo, la Mutualidad no se hace responsable de los gastos de internamiento ni de los servicios originados en centros no incluidos en la Red de Asistencia Sanitaria, cualquiera que sea el facultativo prescriptor o realizador de los mismos. No obstante, en el caso de tener incluida la cobertura 3.7 Reembolso de Gastos, la Mutualidad hará efectivos los importes correspondientes tal y como se refleja en el Anexo II del presente Reglamento.

En cualquier caso, cuando se trate de una asistencia de carácter urgente, la compañía prestadora de coberturas y servicios sanitarios asumirá los gastos médico-asistenciales ocasionados en centros ajenos a la Red de Asistencia Sanitaria, debiendo el Asegurado comunicarlo fehacientemente a través de cualquier medio, en el plazo de las 72 horas siguientes a la prestación de dicha asistencia, con el fin de trasladar al mismo a uno de los centros de la red asistencial, siempre que su situación clínica lo permita.

Para la asistencia en el extranjero la Póliza tiene una cobertura de Asistencia en Viaje, a la que se accede llamando al teléfono + 34 917 45 32 80.

2.3 Asistencia sanitaria que exija el tratamiento de accidentes laborales, profesionales y los amparados por el seguro obligatorio de automóviles

Cuando la asistencia prestada al Asegurado sea como consecuencia de lesiones producidas o agravadas por accidentes cubiertos por cualquier otro seguro, o siempre que el coste de la misma deba ser satisfecho por terceros causantes o responsables de las lesiones, la Aseguradora, si hubiere cubierto la asistencia, podrá ejercitar las acciones que procedan para reintegrarse el coste que tales asistencias le hubieren supuesto. El Asegurado, o en su caso el Tomador, vendrán obligados a facilitar al Asegurador los datos y la colaboración necesarios para ello.

3. Descripción de las coberturas

Las especialidades, prestaciones sanitarias y otros servicios a los que da derecho el presente contrato son los que figuran incluidos en el Título de seguro de entre los contemplados en los apartados 3.1 al 3.7 siguientes:

3.1 MEDICINA PRIMARIA, SERVICIOS DE URGENCIA, MEDIOS DE DIAGNOSTICO BÁSICOS Y SERVICIO TELEFÓNICO DE ORIENTACIÓN MÉDICA

3.1.1 Medicina Primaria

Medicina General. Asistencia médica con indicación y prescripción de pruebas y medios de diagnóstico básicos.

Pediatría y Puericultura. Asistencia de niños menores de 16 años con indicación y prescripción de pruebas y medios de diagnóstico básicos. Incluye controles preventivos y de desarrollo infantil.

Servicio de ATS/DUE. Previa prescripción de un facultativo.

3.1.2 Servicios de Urgencia

a) Asistencia en España

Asistencia Permanente de Urgencia. Se prestará en los centros concertados por el Asegurador y que figuran en la Red de Asistencia Sanitaria. En caso justificado, se facilitará el servicio a domicilio por los servicios permanentes de guardia (Medicina General y/o servicio de ATS/DUE), de conformidad con lo establecido en este Reglamento.

Ambulancia. Comprende todos los traslados terrestres dentro del término municipal y fuera de éste, para los casos de necesidad urgente, desde el lugar donde se halle el Asegurado hasta el Hospital, de un centro hospitalario a otro o al domicilio del Asegurado. Se incluye además, los traslados en incubadora. En todos los casos será necesaria la prescripción de un médico de la Red de Asistencia Sanitaria.

b) Asistencia de viaje en el extranjero

Asistencia Permanente de Urgencia en el Extranjero. Para los desplazamientos temporales al extranjero, el seguro tiene una cobertura de Asistencia en Viaje en todo el mundo que se extiende hasta un máximo de 90 días por viaje o desplazamiento cuyas coberturas se detallan en el Anexo I del presente Reglamento. A estas coberturas se accede llamando al teléfono **+34 917 45 32 80**.

3.1.3 Medios de Diagnóstico Básicos

Comprende los siguientes servicios:

Análisis Clínicos. Bioquímica, Hematología, Microbiología, Parasitología, Anatomía Patológica y Citopatología.

Radiología Simple.

3.1.4 Servicio Telefónico de Orientación

Médica 24 horas (902 55 53 55)

Información telefónica de apoyo, todos los días del año, referente a enfermedades, tratamientos y prevención de la salud, así como en la utilización de medicamentos, comprensión de informes de laboratorio, terminología médica, evaluación de informes y diagnósticos.

3.2 ESPECIALIDADES

3.2.1 Especialidades Médicas y Quirúrgicas

Incluye la atención en consultorio y en centro sanitario de visitas, pruebas de diagnóstico, actos

terapéuticos e intervenciones comprendidas en las especialidades descritas.

Alergología e Inmunología. Incluidas las autovacunas.

Anestesiología y Reanimación. Toda clase de anestias prescritas por médicos de la Mutualidad para intervenciones quirúrgicas cubiertas por la póliza, incluida la anestesia epidural.

Anatomía Patológica.

Angiología y Cirugía Vascolar.

Aparato Digestivo.

Cardiología y Aparato Circulatorio.

Cirugía Cardiovascular.

Cirugía General y del Aparato Digestivo. Queda incluida bajo reembolso de gastos la Cirugía Robótica **exclusivamente para cirugía en pacientes oncológicos con metástasis abdominal de cáncer de ovario. Reembolso máximo de 2.500 €.**

Cirugía Oral y Maxilofacial.

Cirugía Pediátrica.

Cirugía Plástica y Reparadora. Comprende las intervenciones quirúrgicas para restablecer lesiones esencialmente mediante plastias e injertos. **Está excluida la cirugía con fines estéticos, salvo la reconstrucción de mama tras mastectomía radical, que incluye la prótesis mamaria.**

Cirugía Torácica.

Dermatología médico quirúrgica y Venereología. **Quedan excluidos los tratamientos con fines puramente estéticos.**

Endocrinología y Nutrición.

Estomatología-Odontología. Incluye las limpiezas de boca, extracciones y curas estomatológicas y radiografías. **El resto de tratamientos bucodentales serán por cuenta del Asegurado.**

Geriatría.

Ginecología. Comprende el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de la mujer.



Los tratamientos de reproducción asistida serán por cuenta del Asegurado.

Obstetricia. Comprende la vigilancia del embarazo y la asistencia al parto.

Hematología y Hemoterapia.

Matronas. ATS o DUE titulado en la especialidad de asistencia auxiliar al parto.

Medicina Interna.

Medicina Nuclear.

Nefrología.

Neonatología.

Neumología - Aparato respiratorio.

Neurocirugía.

Neurología.

Oftalmología. Incluye los trasplantes de córnea y el uso del láser quirúrgico.

Oncología médica.

Otorrinolaringología. Queda incluida la cirugía de cornetes por radiofrecuencia.

Podología. Tratamiento de quiropodia.

Psicología. Se prestará por un facultativo de la Red de Asistencia Sanitaria y cuya finalidad sea el tratamiento de patologías susceptibles de intervención psicológica. La atención será individualizada y con carácter temporal. **Se limita su cobertura a una sesión semanal con un límite de 20 sesiones al año.**

Psiquiatría. Excluidos cualquier tipo de test, tratamiento de drogadicción y alcoholismo, y terapias tanto de grupo como individuales.

Radiología. Incluida la Radiología de carácter Intervencionista.

Reumatología.

Traumatología. Incluye Cirugía Ortopédica y Artroscópica, Nuclotomía percutánea y Quimionucleosis. Queda incluido el cultivo autólogo de condrocitos

bajo reembolso máximo de 2.500 €. Este servicio de reembolso se prestará en Centros concertados por la Red asistencial hasta el importe máximo establecido de 2.500 €, dejando sin efecto la exclusión del segundo párrafo del apartado 1.2 del Anexo II del presente Reglamento, referente a Reembolso de Gastos.

Urología. Queda incluido el Láser verde KTP o HPS exclusivamente para hiperplasia benigna de próstata previa autorización por la Entidad bajo reembolso máximo de 2.500 €.

Este servicio de reembolso se prestará en Centros concertados por la Red asistencial hasta el importe máximo establecido de 2.500 €, dejando sin efecto la exclusión del segundo párrafo del apartado 1.2 del Anexo II del presente Reglamento, referente a Reembolso de Gastos.

3.2.2 Medicina Preventiva

En la relación de chequeos citados a continuación se relacionan los servicios estandar, siendo potestad del facultativo el efectuar cualquier otro que estime necesario, quedando igualmente cubierto por las coberturas de la póliza. Todos ellos se pueden realizar a la edad que se precisen.

Chequeo médico anual. Exploración física completa, analítica básica de sangre y orina, y un electrocardiograma.

Obstetricia y Ginecología. Chequeo Ginecológico. Revisión anual incluyendo visita, informe, citología, ecografía y termografía mamaria, si procede.

Urología. Chequeo Urológico. Revisión anual incluyendo visita, informe, ecografía renal y vesico-prostática, P.S.A. (antígeno prostático específico) y ecografía transrectal si procede.

Cardiología. Chequeo Cardiológico. Revisión anual incluyendo visita, informe, exploración cardiovascular, electrocardiograma, analítica y si procede, prueba de esfuerzo y ecocardiograma.

Prevención de cáncer de colon-rectal.

Pediatría:

a) Programa de Salud Infantil. Incluye tanto los exámenes de salud al recién nacido, incluyendo pruebas de metabolopatías, audiometría, potenciales evocados, test de agudeza visual y ecografía neonatal como el programa de vacunación infantil obligatorio en España, en centros de referencia concertados.

- b) Los controles de salud en las edades claves del desarrollo infantil, durante los cuatro primeros años.
- c) Programa de Salud Bucodental desde la infancia para la detección precoz de la caries, de la enfermedad periodontal y los problemas de malposición o maloclusión dentaria. Incluye:
 - Consulta odontológica y exploración del estado de salud bucodental.
 - Corrección de hábitos alimenticios.
 - Implantación de higiene bucodental adecuada.
 - Fluorización tópica y Tartrectomías o limpiezas de boca, cuando sean necesarias.
 - Las abstracciones (empastes) y selladores de fisuras a los menores de 14 años.

Métodos de diagnóstico precoz de la sordera infantil: otoemisiones, peep-show.

Planificación Familiar:

- a) Implantación del DIU, sin coste.
- b) Vasectomía y Ligadura de Trompas.
- c) Estudios y pruebas diagnósticas de la esterilidad y la infertilidad.

Preparación para el Parto. La gimnasia y la preparación psicoprofiláctica al parto, con clases prácticas y teóricas de puericultura, en un centro de la Red de Asistencia Sanitaria. Se requiere documentación de autorización de la Entidad.

3.3 MEDIOS DE DIAGNÓSTICO COMPLETOS

Las pruebas de diagnóstico se realizarán, en todos los casos, previa prescripción escrita de un médico de la Red de Asistencia Sanitaria y se practicarán en los centros sanitarios incluidos en la misma. Los medios de contraste y los radiofármacos utilizados se encuentran incluidos en esta cobertura que comprende los siguientes servicios:

Radiodiagnóstico. Incluye las técnicas habituales como angiografía, arteriografía digital, densitometría ósea, ecografías, mamografía, y radiología no intervencionista.

Medicina Nuclear. Isótopos radioactivos y gammagrafía.

Resonancia Magnética Nuclear (RMN).

Tomografías:

- Tomografía Axial Computerizada (TAC/SCANNER).

- Tomografía por Emisión de Positrones (PET). Exclusivamente para la detección de neoplasias de pulmón, cabeza y cuello, mama y aparato digestivo.
- Tomografía por Múltiples Detectores (DMD). Exclusivamente para patologías del sistema vascular.
- Tomografía de coherencia óptica (OCT).

Endoscopias. Todo tipo de endoscopias, incluida técnica de la cápsula endoscópica.

Fibrobronoscopias diagnósticas y/o terapéuticas.

Diagnóstico cardiológico. Electrocardiograma, prueba de esfuerzo, ecocardiograma, holter, doppler y hemodinámica.

Neurofisiología Clínica. Electroencefalografía y electromiografía.

Triple Screening, EBA Screening, Amniocentesis y Estudio del Cariotipo Fetal en el embarazo de Riesgo.

Polisomnografía. Exclusivamente para el estudio del síndrome de la apnea obstructiva del sueño.

Pruebas genéticas. Las necesarias para el diagnóstico de las afecciones oncológicas cubiertas por la póliza, así como los test de DNA fetal en sangre materna cuando estén médicamente indicados para el cribado prenatal.

Dianas terapéuticas en oncología, en cáncer de colon y mama.

Diagnóstico del cáncer de mama. BAV, biopsia por aplicación-punción vacío.

3.4 TRATAMIENTOS

Aerosolterapia y Ventiloterapia. Los medicamentos serán, en todos los casos, de cuenta del Asegurado.

Radioterapia:

- a) Cobaltoterapia.
- b) Acelerador Lineal de Partículas, incluyendo la radiocirugía **exclusivamente para el tratamiento de tumores cerebrales.**
- c) Braquiterapia.
- d) Radioneurocirujía esterotáxica.

Transfusiones de sangre y/o plasma en régimen de hospitalización.

Litotricia Renal.



Litotricia Vesicular.

Oxigenoterapia ambulatoria y a domicilio.

Rehabilitación y Fisioterapia. Será necesaria la prescripción escrita de un médico rehabilitador, traumatólogo, reumatólogo o neurólogo, y se efectuará por diplomados en fisioterapia.

Rehabilitación Cardiológica. Para la prevención de la cardiopatía isquémica tras el alta hospitalaria del Asegurado por una afección cardiovascular.

Rehabilitación del suelo pélvico. Como consecuencia de la incontinencia urinaria.

Analgesias y tratamientos del dolor. Quedan cubiertos los tratamientos realizados por unidades especializadas en estas técnicas, **con las limitaciones en cuanto a la cobertura de la medicación ambulatoria que se establecen en este Reglamento en el apartado 4. Coberturas excluidas.**

Logopedia y Foniatría. Se prestará únicamente después de procesos quirúrgicos y oncológicos.

Quimioterapia oncológica. Se facilitarán los tratamientos tanto en régimen ambulatorio como en centro hospitalario, proporcionando la medicación antitumoral, y en su caso el reservorio implantable de perfusión endovenosa que pueda precisar el enfermo, siempre que sea prescrita por el médico de la especialidad que se ocupa de su tratamiento. Por lo que se refiere a medicamentos, quedan cubiertos los gastos de los productos citostáticos que se expenden en el mercado nacional y están debidamente autorizados por el Ministerio de Sanidad y las instilaciones endovesicales con BCG.

Diálisis y Hemodiálisis. Se prestará este servicio, tanto en régimen ambulatorio como de internado, exclusivamente para el tratamiento, durante los días precisos, de las insuficiencias renales agudas, quedando expresamente excluidas las afecciones crónicas.

Laserterapia. Se prestará en tratamientos no quirúrgicos del aparato locomotor y en oftalmología.

Láser excímer para la corrección del astigmatismo, hipermetropía y miopía. Se prestará en el centro designado por la Entidad con carácter ambulatorio cuando el Asegurado tenga más de dos dioptrías en el caso de astigmatismo y tres en el caso de hi-

permetropía. En el caso de miopía, cuando tenga más de cuatro dioptrías o presente una descompensación entre ambos ojos de más de dos dioptrías. **Franquicia a cargo del Asegurado de 600 € por cada ojo.**

Láser en cirugía vascular periférica.

Láser en otorrinolaringología. No se incluye cirugía del roncador.

Láser CO2 y radiofrecuencia en otorrinolaringología.

Magnetoterapia. Se prestará en tratamientos no quirúrgicos del aparato locomotor.

Óptica. Se prestará como consecuencia de la aparición del estrabismo.

Simpatectomía. En caso de Hiperhidrosis.

Trastorno de la alimentación. Se cubre el tratamiento en unidades específicas, tanto en régimen de ingreso hospitalario como en hospital de día, para casos de anorexia y bulimia, incluyendo sesiones de psicoterapia, con el límite de 50 días de ingreso psiquiátrico por año o de 40 sesiones de psicoterapia también por año.

3.5 CIRUGÍA Y HOSPITALIZACIÓN

3.5.1 Hospitalización

La hospitalización se realizará en clínicas u hospitales previa prescripción escrita de un médico de la Red de Asistencia Sanitaria y con la correspondiente autorización.

Comprende los gastos derivados por internamiento en un centro hospitalario, incluyéndose la utilización de habitación individual convencional con aseo y cama para el acompañante (excepto en la hospitalización psiquiátrica, en UVI e incubadora) manutención del enfermo, gastos generales de enfermería, unidad de cuidados especiales, medios complementarios de diagnóstico, tratamientos, material, gastos de quirófano y sala de partos, productos anestésicos y medicamentos según sea:

Hospitalización médica (sin intervención quirúrgica). Para el diagnóstico y/o tratamiento de las patologías médicas susceptibles de ingreso, en personas mayores de 14 años.

Hospitalización quirúrgica. Previa prescripción escrita de un médico de la Red de Asistencia Sanita-

ria, para las intervenciones quirúrgicas cuya índole lo requiera. La manutención del acompañante será a cargo de la Entidad los 3 primeros días de ingreso.

Hospitalización obstétrica. Incluye nido e incubadora para el recién nacido. La manutención del acompañante será a cargo de la Entidad los 3 primeros días de ingreso.

Hospitalización pediátrica. Para personas menores de 14 años. Incluye tanto la hospitalización convencional, como en incubadora.

Hospitalización psiquiátrica. Sólo se cubrirá en caso de brotes agudos. **La estancia queda limitada a un periodo máximo de 60 días por año natural.**

Hospitalización en Unidad de Vigilancia Intensiva (UVI).

Hospitalización por diálisis y riñón artificial. Exclusivamente para el tratamiento durante los días necesarios de las insuficiencias renales agudas.

3.5.2 Prótesis

Las prótesis garantizadas por la Entidad serán las siguientes:

- a) **Prótesis oftalmológicas.** La lente intraocular en intervenciones de cataratas practicadas por médicos de la Entidad.
- b) **Prótesis cardíacas y cardiovasculares.** Las válvulas cardíacas, marcapasos, stents, las prótesis de bypass vascular y desfibrilador automático.
- c) **Prótesis traumatológicas.** Las prótesis de cadera, las prótesis internas traumatológicas y las prótesis articulares.
- d) **Prótesis mamarias, exclusivamete tras mastectomía radical.**
- e) **Prótesis testicular.** Por orquidectomía tras proceso oncológico o accidente.
- f) **Material de:** osteosíntesis, mallas quirúrgicas y las fijaciones externas.
- g) **Injertos.** Quedan cubiertos los autoinjertos de piel y hueso, y los aloinjertos de hueso, tendones y ligamentos.

El coste de cualquier otro tipo de prótesis, piezas anatómicas y ortopédicas no señaladas anteriormente, será a cargo del Asegurado.

3.5.3 Trasplantes

Trasplantes. Quedan cubiertos todos los gastos derivados de la implantación del órgano así como las pruebas de histocompatibilidad. Los trasplantes cubiertos son los relativos a los siguientes órganos:

- Corazón
- Pulmón
- Riñón
- Hígado
- Médula ósea
- Córnea

Se excluye la extracción, transporte y conservación del órgano a transplantar. En el caso del trasplante de córnea se cubre íntegramente.

3.5.4 Indemnización

Indemnización diaria por hospitalización. Se indemniza con 50 € por día, a partir del tercer día de ingreso hospitalario, y hasta un máximo de 1.500 € por Asegurado y año, siempre que se cumplan dos requisitos:

- La hospitalización sea objeto de cobertura por el seguro.
- Ninguno de los gastos derivados de la hospitalización haya sido a cargo de la Mutualidad.

3.5.5 Cuidados paliativos

Comprende tanto la asistencia durante el ingreso en un sanatorio como la hospitalización domiciliaria, del asegurado en fase terminal, durante un periodo máximo de 8 días.

3.6 DENTAL

Las distintas coberturas y servicios concertados, así como el importe de las franquicias que el Asegurado deberá abonar por cada servicio, en el caso de que no fuese una cobertura o servicio gratuito, están contenidas en la Red de Asistencia Sanitaria.

Para tener acceso a las distintas coberturas y servicios dentales, se debe acudir a los gabinetes odontológicos incluidos en el cuadro dental de la Red de Asistencia Sanitaria.

3.7 REEMBOLSO DE GASTOS

Las garantías de esta cobertura, su funcionamiento y exclusiones propias se detallan en el Anexo II del presente Reglamento.

4. Coberturas excluidas

Quedan excluidas de la cobertura general de este seguro:

- a) **La cobertura de toda clase de enfermedades, lesiones, patologías o dolencias preexistentes, así como los defectos constitucionales o físicos congénitos y los que sean consecuencia de accidentes o en-**



fermedades y sus secuelas padecidos con anterioridad a la fecha de inclusión de cada Asegurado en la Póliza, siempre que fueran conocidos por el Tomador o Asegurado y no declarados conforme al cuestionario que la Mutualidad le someta. Para las enfermedades no conocidas y anteriores a la contratación, se establece un plazo de indisputabilidad a partir de un año desde la formalización del contrato o la inclusión de nuevos Asegurados.

- b) Todos aquellos procedimientos diagnósticos y terapéuticos cuya seguridad y eficacia clínicas no estén debidamente contrastadas científicamente o hayan quedado manifiestamente superadas por otras disponibles.
- c) Los daños físicos que sean consecuencia de guerras, motines, revoluciones y terrorismo; los causados por epidemias declaradas oficialmente; los que guarden relación directa o indirecta con radiación o reacción nuclear y los que provengan de cataclismos (terremotos, inundaciones y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos).
- d) Las enfermedades o lesiones derivadas de la práctica profesional de cualquier deporte, de la participación en apuestas y competiciones y de la práctica, como aficionado o profesional, de actividades de alto riesgo como el toreo y encierro de reses bravas, de la práctica de deportes peligrosos, tales como el buceo, el bobsleigh, el boxeo, las artes marciales, la escalada, las carreras de vehículos a motor, rugby, quad, espeleología, parapente, actividades aéreas no autorizadas para el transporte público de viajeros, actividades de navegación o en aguas bravas, puenting, barranquismo, incluidos los entrenamientos y cualquier otra práctica manifiestamente peligrosa.
- e) La asistencia sanitaria para el tratamiento del alcoholismo crónico y/o la adicción a drogas de cualquier tipo, así como sus complicaciones y secuelas, y la asistencia sanitaria a lesionados por embriaguez, agresión, riña, intento de suicidio o autolesiones, así como por enfermedades o accidentes sufridos por dolor, negligencia o imprudencia del Asegurado.
- f) La cirugía estética y cualquier otro tratamiento, infiltración o actuación que tenga una finalidad estética y/o cosmética, a no ser que existiera un defecto funcional de la parte del cuerpo afectada (no siendo válidas las razones puramente psicológicas).

Quedan asimismo excluidos los tratamientos de varices con fin estético, las curas de adelgazamiento ambulatorias o en régimen de internamiento y los tratamientos dermoestéticos, en general, incluidos los tratamientos capilares. Queda excluida la ortoqueratología.

- g) Las medicinas alternativas, naturopatía, homeopatía, acupuntura, el quiromasaje, la mesoterapia, la gimnasia, la osteopatía, la hidroterapia, la presoterapia, ozonoterapia, radiofrecuencia y otras prestaciones similares o especialidades no reconocidas oficialmente.
- h) Las estancias, asistencias y tratamientos en centros no hospitalarios tales como hoteles, balnearios, asilos, residencias, centros de reposo, de diagnóstico y similares, aunque sean prescritos por facultativos, así como los ingresos en centros dedicados a actividades relacionadas con el ocio, el descanso y los tratamientos dietéticos. Queda también excluida la hospitalización por razones de tipo social o familiar, así como la que sea sustituible por una asistencia domiciliaria o ambulatoria.
- i) La Tomografía por Emisión de Positrones (PET), salvo lo detallado en el apartado 3.6 Medios de Diagnóstico.
- j) Los tratamientos médico-quirúrgicos de la apnea obstructiva del sueño.
- k) La medicina y chequeos de carácter preventivo, salvo lo estipulado en este Reglamento. Queda también excluido todo tipo de vacunas y el suministro de extractos en procesos alérgicos.
- l) La interrupción voluntaria del embarazo en cualquier supuesto, así como el tratamiento de la esterilidad y técnicas de fecundación asistida.
- m) Todo tipo de prótesis, piezas anatómicas y ortopédicas, salvo las detalladas en el apartado Descripción de las coberturas de este Reglamento. Se excluyen el corazón artificial, los expansores de piel, los implantes y materiales biológicos, sintéticos y ortopédicos.
- n) La odontología endodóncica, periodóncica, ortodóncica, las obturaciones o empastes, las prótesis dentales, las apicectomías, la implantología y los medios diagnósticos necesarios para realizar estos tratamientos.
- o) Análisis u otras exploraciones que sean precisos para la expedición de certificaciones, emisión de informes y el libramiento de cualquier tipo de documento que no tenga una clara función asistencial.
- p) En psiquiatría, quedan excluidas las consultas, técnicas diagnósticas y terapias que no sigan criterios de tratamiento neurobiológicos o farmacológicos, como el psicoanálisis, la hipnosis, la psicoterapia individual o de grupo, los test psicológicos, narcolepsia, curas de reposo o sueño y otras prestaciones similares, aunque las realice un psiquiatra.

- q) La Logopedia y la Foniatria, salvo después de procesos quirúrgicos y oncológicos.
- r) La Medicina Regenerativa y sus aplicaciones.
- s) En la Diálisis y Hemodiálisis, quedará excluido el tratamiento de las afecciones crónicas.
- t) La asistencia sanitaria derivada de la infección por el virus de la Inmuno-deficiencia Adquirida (VIH), el SIDA y las enfermedades relacionadas con éste, así como sus complicaciones y secuelas.
- u) Los tratamientos que usan el láser, salvo en Rehabilitación, Proctología y Oftalmología que se cubren de acuerdo con lo establecido en el apartado 3. Descripción de las coberturas.
- v) Los gastos por uso de teléfono, televisión, pensión alimenticia del acompañante en clínica (salvo lo especificado en el punto 3.5.1 Hospitalización), los gastos por viaje y desplazamientos, salvo la ambulancia en los términos contemplados en el apartado "Medicina Primaria" de este Reglamento, así como otros servicios no impredecibles para la necesaria asistencia hospitalaria.
- w) Los trasplantes o autotrasplantes de órganos, injertos o autoinjertos, a excepción de los descritos en el apartado "Descripción de Coberturas" de este Reglamento. Además en los trasplantes, se excluirán los gastos de extracción, transporte y conservación del órgano, salvo en el trasplante de córnea.
- x) Los productos farmacéuticos, medicamentos y medios auxiliares de cura de cualquier clase, salvo los que se administren al paciente mientras esté hospitalizado. Sí está cubierta la medicación para quimioterapia oncológica en régimen ambulatorio, en los términos expresados en el apartado "Descripción de Coberturas" de este Reglamento.
- y) La rehabilitación de mantenimiento en lesiones neurológicas irreversibles de diverso origen y en lesiones crónicas del aparato locomotor. No obstante, queda cubierta la estimulación precoz, la rehabilitación en domicilio o como motivo de ingreso hospitalario.
- z) Los estudios para la determinación del mapa genético con la exclusiva excepción de la obtención del cariotipo de líquido amniótico.

5. Periodos de carencia

Todas las prestaciones, que en virtud de la Póliza asume la Mutualidad, se podrán utilizar desde la fecha de entrada en vigor del contrato. No obstante, se exceptúan del anterior principio general los siguientes servicios:

- Las intervenciones quirúrgicas y la hospitalización, incluyendo la vasectomía, la ligadura de trompas y las prótesis quirúrgicas, por cualquier motivo y naturaleza, que tendrán un periodo de carencia de 8 meses, salvo en los casos de asistencia de carácter urgente o accidente.
- Los trasplantes tendrán un periodo de carencia de 12 meses.

Así mismo, se considera que no existen plazos de carencia para los recién nacidos, siempre que se solicite su inclusión en la póliza dentro de los primeros 30 días desde el nacimiento.

En este sentido, el Asegurador vendrá obligado a atender cualquier atención médica que precisa el bebé durante los primeros 30 días con cargo a las coberturas del asegurado principal (padre o madre).

6. Bases del contrato

6.1 Formalización del contrato y duración del seguro

Este contrato ha sido concertado sobre la base de las declaraciones efectuadas por el Tomador del seguro y el Asegurado en el cuestionario previo, las cuales han motivado a la Aseguradora a aceptar el riesgo y le han servido para fijar la prima.

El contrato de seguro y sus modificaciones no tendrán efecto mientras no se haya firmado la Póliza y satisfecho el primer recibo de prima, salvo pacto en contrario establecido en el Título de Seguro.

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

El seguro se contrata por el periodo previsto en el Título de Seguro y, salvo pacto en contrario, la duración de la Póliza se ajustará al año natural.

La Póliza se prorrogará tácitamente por periodos anuales. Cualquiera de los contratantes puede oponerse a esta prórroga mediante notificación escrita dirigida al otro, con una antelación no inferior a un mes en el caso del Tomador, y a 2 meses a la fecha de conclusión del año en curso. Asimismo, el Asegurado, podrá solicitar la anulación de la Póliza en el transcurso de la anualidad, sin que sea necesario abonar la prima hasta finalizar el año natural, tomando efecto el día 1 del mes siguiente a la comunicación.



La Mutualidad no podrá rescindir la Póliza a los Asegurados que hayan permanecido durante 3 anualidades consecutivas en la misma, prorrogándose automáticamente el contrato, con la excepción de los supuestos de incumplimiento de obligaciones por parte del Asegurado, así como la existencia de inexactitud, dolo o culpa en las respuestas contenidas en el cuestionario de la Solicitud de Seguro. La renuncia de la Mutualidad a su derecho de rescisión del contrato se condiciona a la aceptación del Tomador de la variación anual de primas futuras, calculadas y comunicadas conforme a los criterios técnicos contenidos en el apartado 6.4 del presente contrato.

6.2 Otras obligaciones, deberes y facultades del Tomador o Asegurado

El Tomador y, en su caso, el Asegurado, deberán:

- a) **Declarar al Asegurador** con veracidad, diligencia, y sin reserva mental, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo y a aportar toda la documentación que se le requiera para tal fin.
- b) **Comunicar al Asegurador**, tan pronto como sea posible, el cambio de profesión habitual o de domicilio del Asegurado.
- c) **Emplear los medios a su alcance** para aminorar las consecuencias del siniestro. El incumplimiento de este deber dará derecho al asegurador a reducir su prestación en la proporción oportuna, teniendo en cuenta la importancia de los daños derivados del mismo y el grado de culpa del asegurado. Si este incumplimiento se produjera con la manifiesta intención de perjudicar o engañar al asegurador, éste quedará liberado de toda prestación derivada del siniestro.
- d) **Facilitar la cesión de sus derechos** o subrogación a la Mutualidad o su reasegurador. En caso de que el Tomador o Asegurado tengan derecho a un resarcimiento por parte de terceros responsables, tal derecho pasa a la Mutualidad o su reasegurador por el importe de la prestación sanitaria.

6.3 Otras obligaciones de la Aseguradora

Además de organizar el acceso de los asegurados a la asistencia médica contratada según la modalidad descrita en la Póliza, la Mutualidad entregará al Tomador del seguro la Póliza misma o, en su caso, el documento de cobertura provisional.

Además, entregará también al Tomador la tarjeta identificadora de cada Asegurado incluido en la Póliza y el cuadro médico de su zona de resi-

dencia, en el que se harán constar el centro o centros permanentes de urgencias y las direcciones y horarios de los facultativos concertados.

6.4 Pago del seguro (primas)

El Tomador del Seguro está obligado al pago de la primera prima o de la prima única en el momento de la perfección del contrato. Las sucesivas primas se deberán hacer efectivas en los correspondientes vencimientos.

El Tomador del Seguro puede solicitar el fraccionamiento de pago de las primas anuales en períodos semestrales, trimestrales o mensuales.

En caso de falta de pago de una de las cuotas anuales o fracción, la Mutualidad advertirá por escrito de esta circunstancia al Tomador y mantendrá la cobertura un mes después del vencimiento del recibo. Concluido este plazo sin que se hubiese efectuado el pago de la cuota o fracción, la cobertura quedará en suspenso.

Dentro de los seis meses siguientes al vencimiento del recibo, la cobertura volverá a tener efecto a las cero horas del día siguiente a aquél en que se efectúe el pago de las cuotas impagadas. Si transcurrido este plazo no fuere pagada la totalidad de las cuotas impagadas, el seguro quedará extinguido.

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

El Asegurador sólo queda obligado por los recibos librados por la Mutualidad. El lugar de pago de la prima será el que figure en la domiciliación bancaria. A este fin, el Tomador del seguro entregará a la Mutualidad los datos de la cuenta bancaria o libreta de ahorros en la que se domiciliará el pago de los recibos de este seguro, autorizando a la entidad financiera a hacerlos efectivos.

La Mutualidad, cada nueva anualidad de seguro, podrá:

- a) Actualizar las Primas.
- b) Modificar los límites de reembolso de gastos establecidos en el Anexo II.
- c) Modificar el porcentaje de reembolso de gastos referido en el Anexo II.

Con independencia de las antedichas actualizaciones, las primas a satisfacer también podrán variar en función de la edad de los Asegurados, pudiéndose establecer grupos de edad en algunos tramos.

Cuando el Asegurado cumpla, durante el transcurso del seguro, una edad actuarial comprendida en otro grupo, se aplicará la prima correspondiente al nuevo grupo de edad en el siguiente vencimiento anual.

En cada renovación se aplicará la tarifa de primas que la Mutualidad tenga en vigor en dicha fecha. El Tomador del Seguro da su conformidad a las variaciones que, por tal motivo, se produzcan en el importe de las primas.

Estas actualizaciones de primas, límites o porcentaje de reembolso se fundamentarán en los siguientes criterios:

- En los cálculos técnico actuariales necesarios para determinar la incidencia en el esquema financiero actuarial del Seguro.
- En el incremento del coste de los servicios sanitarios.
- En el aumento de la frecuencia de las prestaciones cubiertas por la Póliza.
- En la incorporación a la cobertura garantizada de innovaciones tecnológicas de aparición o utilización posterior a la perfección del Contrato u otros hechos de similares consecuencias.

La Mutualidad no estará sujeta a límite alguno en las variaciones anuales de prima. El importe fijado para la prima total, una vez recogidos los recargos correspondientes, atenderá a los principios de suficiencia y equilibrio técnico, conforme a la normativa reguladora de la actividad aseguradora.

Los citados cálculos serán de aplicación también en el supuesto de haber alcanzado el Asegurado el derecho a la irrenunciabilidad de la Entidad a la prórroga de la Póliza.

Dos meses antes de la renovación del seguro el Asegurador comunicará por escrito al Tomador de la póliza la prima prevista para la próxima anualidad. El Tomador del seguro, recibida en su caso la comunicación de la Mutualidad relativa a la variación de la prima, y/o los límites o porcentaje de reembolso de gastos, para la siguiente anualidad, podrá optar entre la prórroga del contrato de seguro, lo que supone la aceptación de las nuevas condiciones económicas, o la extinción del mismo al vencimiento del periodo del seguro en curso.

En este último caso, el Tomador del seguro deberá notificar por escrito a la Mutualidad su voluntad de dar por finalizada a su término la relación contractual con una antelación no inferior a un mes a la fecha de conclusión del año en curso.

Se entenderá renovado el contrato con las nuevas condiciones económicas, en el caso de que el Tomador no comunique al Asegurador su voluntad de poner término al contrato antes de que haya transcurrido un mes, desde el día en que el Tomador haya satisfecho la primera prima de la anualidad siguiente en la que registrarán las nuevas condiciones económicas.

6.5 Pérdida de derechos y rescisión del contrato de seguro

El Asegurado pierde el derecho a la prestación garantizada:

- a) Si al cumplimentar el cuestionario de salud, el Tomador o el Asegurado no responden con veracidad y sin reserva mental, ya sea ocultando de manera consciente circunstancias relevantes, ya sea no observando la debida diligencia para proporcionar los datos que se le piden.
- b) Si el siniestro se produce antes de que se haya pagado la prima inicial, salvo que se pacte expresamente lo contrario.
- c) Si el siniestro se produce por dolo o culpa grave del Asegurado o del Tomador o del Beneficiario.

En todo caso, conocida por el Asegurador la reserva o inexactitud en la declaración del riesgo por el Tomador del seguro o por el Asegurado, podrá rescindir el contrato en el plazo de un mes desde que tuvo conocimiento fehaciente de estos hechos.

6.6 Comunicaciones

Las comunicaciones por parte del Tomador o del Asegurado a la Aseguradora deberán hacerse en el domicilio de ésta. Las comunicaciones de la Mutualidad General de la Abogacía al Tomador del seguro o al Asegurado se realizarán en el domicilio de éstos recogido en el contrato, salvo que hubiesen comunicado a la Aseguradora el cambio de domicilio.

6.7 Riesgos sanitarios especiales

El Tomador del seguro podrá acordar con la Mutualidad la cobertura de riesgos excluidos en este Reglamento o que no se hallen expresamente contemplados en ellas. Estos se denominarán “riesgos sanitarios especiales” y para que tenga lugar su cobertura deberán ser expresamente determinados en el Título de Seguro y se deberá pagar una prima complementaria.

6.8 Impuestos y recargos

Los impuestos y recargos legalmente repercutibles correrán a cargo del Tomador y/o Asegurado.



7.- Cláusula estatutaria sobre responsabilidad personal del mutualista

De acuerdo el artículo 46.3 de los Estatutos de la Mutualidad, los mutualistas están obligados a satisfacer puntualmente las derramas y demás cargas económicas que les correspondan, en función de las cuotas y aportaciones satisfechas por cada mutualista y de los riesgos cubiertos al mismo, en cumplimiento de lo previsto en los Estatutos o de los acuerdos de los Órganos sociales.

8.- Información al mutualista y resolución de controversias

8.1 Información al mutualista

Ante cualquier aclaración, incidencia o consulta sobre los derechos e intereses legalmente reconocidos en este Reglamento, se podrán formular consultas o solicitudes de información ante el Servicio de Información al Mutualista dirigiéndose a la Mutualidad sita en calle Serrano 9, 2ª planta, 28001 Madrid, o bien a la dirección de correo electrónico buzon@mutualidadabogacia.com.

8.2 Resolución de quejas y reclamaciones por la Mutualidad General de la Abogacía

En caso de que el Tomador, el Asegurado o el Beneficiario tenga una queja o reclamación que se refiera a sus intereses y derechos legalmente reconocidos, ya deriven de este Reglamento de aportaciones y prestaciones, de la normativa de transparencia y protección de la clientela o de las buenas prácticas y usos financieros, deberá presentar una queja o reclamación ante el Departamento de Reclamaciones y Atención al Asegurado de la Mutualidad, quien deberá acusar recibo de las mismas y resolverlas motivadamente en el plazo de 1 mes. Las comunicaciones deberán dirigirse a calle Serrano 9, 2ª planta, 28001 Madrid, o bien a la dirección de correo electrónico buzon@mutualidadabogacia.com.

8.3 Protección administrativa

En caso de silencio o de desestimación de la pretensión en el plazo anteriormente referido, se podrá presentar queja o reclamación ante el Servicio de reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, acreditando haberlas formulado previamente por escrito al Departamento de Reclamaciones y Atención al Asegurado de la Mutualidad.

8.4 Arbitraje

La resolución de las controversias que puedan surgir entre los mutualistas y la Mutualidad en orden a las contingencias, condiciones y requisitos de cobertura y prestaciones garantizadas, podrá someterse a arbitraje de derecho al amparo de las previsiones de la Ley 60/2003, de 23 de diciembre de Arbitraje, a cuyo efecto en las Condiciones Particulares se consignará el correspondiente convenio arbitral de acuerdo con las previsiones del Título II de la Ley. La administración del arbitraje y la designación de árbitros se encomendarán a la Sección Española de la Asociación Internacional de Derecho de Seguros (S.E.A.I.D.A.), con sede en Madrid, calle Sagasta, número 18.

8.5 Jurisdicción civil

Sin perjuicio de lo anterior, el mutualista podrá interponer las acciones que considere pertinentes ante la jurisdicción civil ordinaria de su domicilio. En este caso, la prescripción de las acciones es de 5 años.

ANEXO I

(Incluida en la cobertura de Medicina Primaria, apartado 3.1.2.b del Reglamento)

ASISTENCIA DE VIAJE EN EL EXTRANJERO

+34 917 45 32 80

(Reaseguro con la Compañía SOS)

1. Disposiciones previas

1.1 Personas aseguradas

La persona física, residente en España, beneficiaria del seguro de asistencia sanitaria Plus Salud de la Mutualidad de la Abogacía.

1.2 Ámbito del seguro y duración

Las coberturas son exigibles en todo el mundo incluido España, salvo aquellas coberturas en las que se indique que sólo son válidas en el extranjero. Su duración va ligada a la del seguro Plus Salud.

1.3 Validez

Para poder beneficiarse de las prestaciones garantizadas el Asegurado no debe exceder de los 90 días por viaje o desplazamiento.

1.4 Límites de las garantías y moneda de las mismas

Los límites económicos de las garantías recogidas en el apartado 2) Coberturas de Asistencia en Viaje, son los que, para cada una de ellas, se especifican en dicho apartado. Para aquellas garantías en las que no figure límite cuantitativo y se encuen-

tren indicadas como incluidas, se entenderá que el límite máximo de las mismas será el coste efectivo de la prestación del servicio a efectuar por el Asegurador. En cualquier caso, todos los límites de esta Póliza son por siniestro ocurrido y Asegurado.

La moneda aplicable a todas las garantías es el euro por lo que sus límites serán expresados en esta moneda; con independencia de que para aquellas prestaciones que deban ser pagadas por el Asegurador en otra moneda, será aplicable el contravalor en Euros de la misma a la fecha de ocurrencia del siniestro.

2. Garantías cubiertas

2.1 Traslado sanitario o repatriación médica

En caso de sufrir el Asegurado una enfermedad o un accidente estando de viaje en el extranjero, el Asegurador se hará cargo:

- De los gastos de transporte en ambulancia hasta la clínica u hospital más próximo.
- Del control por parte de su equipo médico, en contacto con el médico que atiende al Asegurado herido o enfermo, para determinar las medidas convenientes al mejor tratamiento a seguir y el medio más idóneo para su eventual traslado hasta otro centro hospitalario más adecuado o hasta su domicilio.
- De los gastos de traslado por el medio de transporte más adecuado, del herido o enfermo, hasta el centro hospitalario prescrito o a su domicilio habitual. Si el Asegurado fuera ingresado en un centro hospitalario no cercano a su domicilio, el Asegurador se hará cargo, en su momento, del subsiguiente traslado hasta el mismo.

El medio de transporte utilizado en Europa y países ribereños del Mediterráneo, cuando la urgencia y la gravedad del caso lo requiera, será el avión sanitario especial. En otro caso, o en el resto del mundo se efectuará por avión de línea regular o por los medios más rápidos y adecuados, según las circunstancias. Asimismo en el resto del mundo, si la gravedad de las lesiones así lo exige, el traslado se realizará en avión sanitario especial con un límite de 150.000 €.

2.2 Gastos de regreso por alta hospitalaria

El Asegurador se hará cargo de los gastos de regreso del Asegurado que, a consecuencia de un accidente o enfermedad cubierto por la póliza, hubiesen sido hospitalizados y dados de alta y como consecuencia, hubiesen perdido su billete de regreso a España por imposibilidad de presentarse

en el medio de transporte correspondiente en la fecha y hora marcada en el billete de regreso. **El límite para esta garantía es de 900 €.**

2.3 Gastos de regreso de acompañantes

Cuando a uno de los Asegurados se le haya repatriado por enfermedad o accidente en aplicación de la garantía 2.1 anterior y viajara con su cónyuge o pareja de hecho o familiares directos en primer grado, y estos no pudieran proseguir el viaje en el medio de locomoción que estuvieren utilizando, el Asegurador se hará cargo de los gastos correspondientes al transporte de los restantes Asegurados hasta el lugar de su residencia habitual o hasta el lugar donde esté hospitalizado el Asegurado trasladado o repatriado.

2.4 Retorno de menores

Si el Asegurado viajara en compañía de hijos menores de 18 años, y quedasen sin asistencia por causa de fallecimiento, accidente, enfermedad o traslado de aquel cubierto por la póliza, no pudiendo continuar el viaje, el Asegurador organizará y tomará a cargo su regreso al domicilio familiar o hasta el lugar de inhumación, satisfaciendo los gastos de viaje de un familiar o amigo, con domicilio en España, designado por el Asegurado para que los acompañe en su regreso si fuera necesario. Si el Asegurado no pudiera designar a nadie, el Asegurador proporcionará un acompañante.

2.5 Regreso anticipado del Asegurado a causa del fallecimiento de un familiar.

Si el Asegurado debe interrumpir su viaje por el extranjero por fallecimiento de su cónyuge o pareja de hecho, ascendientes o descendientes en primer grado de consanguinidad o afinidad de cualquiera de los Asegurados, el Asegurador le facilitará un billete de ida y vuelta en ferrocarril (primera clase) avión (clase turista) o del medio de transporte público y colectivo más adecuado, para acudir hasta el lugar de inhumación en España del familiar fallecido y en su caso, de los de un billete de regreso al lugar donde se encontraba al producirse el evento, si por motivos profesionales o personales precisara proseguir su viaje.

Esta garantía se extiende excepcionalmente al supuesto de graves daños materiales en el domicilio familiar en España.

2.6 Gastos de desplazamiento de un acompañante

Cuando el Asegurado se encuentre hospitalizado y su internamiento se prevea de duración superior a los 5 días, el Asegurador facilitará a la persona con



domicilio en España que aquel indique, un billete de ida y vuelta en ferrocarril (primera clase), avión (clase turista) o del medio de transporte público y colectivo más idóneo, para que acuda junto al hospitalizado.

2.7 Gastos de estancia para acompañante del asegurado hospitalizado

En el caso previsto en la garantía anterior, el Asegurador satisfará los gastos de alojamiento y manutención del acompañante en el mismo hospital donde se encuentre el Asegurado, siempre que sea posible, o en su defecto en el establecimiento que elija el acompañante, hasta 80 € por día con un máximo de 10 días por estancia.

Esta garantía será aplicable incluso si el acompañante se encontrara viajando con el Asegurado.

2.8 Gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y de hospitalización

Si a consecuencia de una enfermedad o de un accidente el Asegurado necesita asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica u hospitalaria, el Asegurador se hará cargo de:

- a) Los gastos y honorarios médicos y quirúrgicos.
- b) Los gastos farmacéuticos prescritos por un médico.
- c) Los gastos de hospitalización.

La cantidad máxima cubierta por Asegurado, por el conjunto de los citados gastos que se produzcan en el extranjero, es de 12.000 €.

2.9 Anticipo de fianzas por hospitalización en el extranjero

Cuando por accidente o enfermedad cubiertos por la Póliza, durante un viaje por el extranjero, el Asegurado precise ser ingresado en un centro hospitalario, el Asegurador se hará cargo, hasta el límite fijado para la garantía primera, de la fianza que el centro demande para proceder a la admisión del Asegurado.

2.10 Trámites administrativos para hospitalización en el extranjero

El Asegurador colaborará en la gestión de cuantos trámites administrativos sean necesarios para formalizar la admisión del Asegurado en el centro hospitalario, previa solicitud a la central de asistencia del Asegurador.

2.11 Prolongación de estancia

Cuando sea de aplicación la garantía anterior de pago de gastos médicos, el Asegurador se hará cargo de los gastos de prolongación de estancia del

Asegurado en un hotel, después de la hospitalización y bajo prescripción médica, **hasta un importe de 80 € por día y con un máximo de 10 días por estancia.**

2.12 Traslado o repatriación de restos mortales

Si, en el transcurso de un viaje por el extranjero cubierto por la póliza, se produjera el fallecimiento del Asegurado, el Asegurador se hará cargo de los trámites y gastos necesarios para el traslado de sus restos mortales hasta el lugar de inhumación en España.

2.13 Retorno de acompañantes del fallecido

Si el Asegurado fallecido viajara en compañía de su pareja o familiares directos en primer grado, el Asegurador organizará y tomará a su cargo los gastos de retorno de los mismos en el medio de transporte público y colectivo más idóneo, hasta el domicilio familiar o hasta el lugar de inhumación, siempre que no pudieran proseguir el viaje en el medio de locomoción que estuvieran utilizando.

2.14 Acompañante de restos mortales

De no haber quien acompañe en su traslado los restos mortales del Asegurado fallecido, el Asegurador facilitará a la persona con domicilio en España que designen los familiares, para acompañar el cadáver, un billete de ida y vuelta en ferrocarril (primera clase), avión (clase turista) o del medio de transporte público y colectivo más idóneo.

2.15 Gastos de estancia del acompañante de restos mortales

De haber lugar a la cobertura anterior, si el acompañante debiera permanecer en el lugar de acaecimiento del fallecimiento, por trámites relacionados con el traslado de los restos mortales del Asegurado, el Asegurador se hará cargo de sus gastos de estancia y manutención, **hasta 80 € por día con un máximo de 3 días.**

2.16 Transmisión de mensajes

El Asegurador se encargará de transmitir los mensajes urgentes que le encarguen los Asegurados, derivados de los eventos cubiertos por las presentes garantías.

2.17 Gastos odontológicos de urgencia en el extranjero

Si como consecuencia de la aparición de problemas odontológicos agudos como infecciones, dolores, roturas de piezas, caídas de empastes, etc. en el extranjero que requieran un tratamiento de ur-

gencia, **el Asegurador se hará cargo de los gastos inherentes al citado tratamiento hasta un máximo de 300 €.**

2.18 Envío de medicamentos en el extranjero

Si el Asegurado desplazado en el extranjero hubiera hecho uso de la garantía 2.8 (Gastos médicos), el Asegurador se encargará del envío de los medicamentos necesarios para la curación del Asegurado, prescritos por un médico, y que no puedan encontrarse en el lugar donde éste se encuentre.

2.19 Envío de médico especialista al extranjero

Si el estado de gravedad del Asegurado no permitiera su traslado sanitario a España según lo dispuesto en la cobertura anterior, y la asistencia que le pudiera ser prestada localmente no fuera suficientemente idónea a juicio de los servicios médicos del Asegurador, ésta enviará un médico especialista al lugar donde se encuentra el Asegurado para su atención sanitaria, hasta que se pueda proceder a la repatriación médica.

2.20 Pérdida de documentos personales

Si en el transcurso de un viaje por el extranjero, el Asegurado extraviase o le fueran sustraídos documentos personales tales como pasaportes, visados, tarjetas de crédito o documentos de identificación imprescindibles, la Aseguradora colaborará en las gestiones de denuncia ante las autoridades u organismos públicos o privados necesarios, y se hará cargo de los gastos ocasionados por la nueva expedición de los mismos hasta el límite de 120 €.

2.21 Demora del viaje

En caso de demora superior a 12 horas en la salida del avión, tren de largo recorrido o barco línea regular en viajes con origen o destino el extranjero y siempre que el Asegurado tuviera billete confirmado previamente, el Asegurador satisfará la indemnización correspondiente, **hasta el límite de 120 €.**

2.22 Cancelación del viaje por el transportista

Si se produjera la cancelación efectiva del viaje, con origen o destino el extranjero, del Asegurado con billete confirmado, en avión, tren de largo recorrido o barco de línea regular, el Asegurador satisfará la indemnización correspondiente, hasta el límite de 120 €.

A los efectos de esta garantía se entiende por cancelación efectiva la suspensión total del transporte que imposibilite el viaje del Asegurado en el medio contratado con al menos, doce horas de diferencia (o medie una noche aunque no supere

dichas horas), respecto al horario de salida inicialmente previsto.

2.23 Pérdida de conexiones

Si se produjera la falta de conexión entre dos trayectos en avión, tren de largo recorrido o barco línea regular previamente confirmado, por retraso del transporte inicial, el Asegurador satisfará la indemnización correspondiente al Asegurado, hasta el límite de 120 €.

Esta garantía es de aplicación en viajes con origen o destino en el extranjero.

2.24 Reembolso de los gastos de interrupción del viaje iniciado al extranjero

En el caso de que el Asegurado tuviera que interrumpir su viaje por el extranjero ya iniciado con anterioridad a la ocurrencia del siniestro, a causa del fallecimiento u hospitalización por enfermedad grave o accidente del mismo o su pareja, así como de los familiares que convivan en el domicilio familiar, el Asegurador tomará a su cargo las cantidades que por causa de dicha interrupción tuviera que satisfacer el Asegurado, **hasta el máximo de 600 €.**

Será requisito imprescindible para tener derecho a ésta garantía que dichas cantidades hayan sido previamente abonadas por el Asegurado, debiendo presentar el correspondiente justificante de tal extremo.

2.25 Localización de equipajes u objetos personales perdidos

El Asegurador pone a disposición del Asegurado su red de centrales de asistencia, para cuantas gestiones de búsqueda y localización sean necesarias en caso de pérdida de equipajes o efectos personales, siempre que sea debida al transportista; facilitando además su colaboración para que el Asegurado efectúe la correspondiente denuncia o reclamación.

2.26 Envío de objetos olvidados durante el viaje

En caso de que el Asegurado hubiera olvidado durante su viaje equipaje u objetos personales, el Asegurador organizará y asumirá el envío de los mismos hasta el domicilio en España del Asegurado, con un máximo de 120 €. Esta garantía se extiende también a aquellos objetos que le hubieran sido robados durante el viaje y recuperados posteriormente.

2.27 Pérdida de equipajes facturados en transporte público

En caso de pérdida total o parcial de equipajes o efectos personales que hubieran sido facturados en transporte público, y siempre que tal pérdida fuera



responsabilidad del transportista, el Asegurador satisfará la cantidad correspondiente, **con un límite de 300 € por bulto** y hasta el máximo de 600 €, la cual será siempre en exceso de la percibida del transportista y con carácter complementario a la misma. Será requisito imprescindible para la obtención de esta garantía que el Asegurado presente los justificantes acreditativos de la pérdida e indemnización recibida en su caso, expedidos por el transportista.

2.28 Demora en la entrega de equipajes facturados en transporte público

En caso de demora en la entrega de equipaje facturado en transporte público, superior a 12 horas, el Asegurador se hará cargo del importe de aquellos artículos de primera necesidad que el Asegurado precisara adquirir con motivo de la falta temporal de su equipaje, **hasta el límite de 120 €** siendo requisito imprescindible que tales artículos sean adquiridos dentro del plazo de demora sufrido.

El Asegurado deberá aportar la correspondiente documentación acreditativa de la demora, expedida por el transportista, y las facturas de los objetos adquiridos. Este reembolso será deducible de la indemnización que corresponda en caso de pérdida de conformidad con la cobertura anterior.

2.29 Consulta o Asesoramiento médico a distancia

Si el Asegurado precisara durante el viaje una información de carácter médico que no le fuera posible obtener localmente, podrá solicitar la misma telefónicamente al Asegurador, el cual la proporcionará a través de sus Centrales de Asistencia, sin asumir ninguna responsabilidad por la citada información, habida cuenta de la imposibilidad de efectuar un diagnóstico telefónico sin la observación directa del enfermo.

2.30 Guía de países

El Asegurador pondrá a disposición de los Asegurados información actualizada Web de países de destino. El acceso será mediante la introducción de la correspondiente clave de acceso. Dicha Web contiene información sobre las vacunas recomendadas e información sobre enfermedades de la zona. Adicionalmente se incluirán recomendaciones sobre la asistencia sanitaria en el país, así como direcciones y teléfonos de contacto ante emergencias. Se completará la información con consejos generales incluyendo aspectos culturales, embajadas, moneda, festividades locales y clima.

2.31 Fianzas y gastos procesales

El Asegurador anticipará al Asegurado, previa garantía formal de proceder a la devolución de las cantidades que le sean prestadas en el plazo de sesenta días, el importe correspondiente a los gastos de Defensa Jurídica del mismo, **hasta 15.000 €**, así como el de las fianzas penales que éste se viera obligado a constituir, como consecuencia de un procedimiento judicial instruido con motivo de un accidente de automóvil acaecido fuera del país de residencia y/o domicilio habitual del Asegurado, **hasta un máximo de 10.000 €**.

2.32 Servicio de información al viajero

El Asegurador facilitará telefónicamente información básica al Asegurado sobre expedición de pasaportes, visados requeridos, vacunaciones recomendadas u obligatorias, cambios de moneda, consulados y embajadas españolas en el mundo y, en general, datos informativos de utilidad al viajero; previamente al inicio de un viaje o durante el mismo.

2.33 Servicio de información asistencial

El Asegurador, previa autorización del Asegurado, pondrá a disposición de sus familiares su red de centrales de asistencia para facilitar cuanta información sea necesaria acerca de todas las operaciones de asistencia y ayuda desarrolladas.

2.34 Adelanto de fondos

El Asegurador adelantará fondos al Asegurado, en caso de necesidad hasta el límite de 1.500 €. El Asegurador solicitará algún tipo de aval o garantía que le asegure el cobro del anticipo. En cualquier caso, las cantidades adelantadas deberán ser devueltas al Asegurador por el Asegurado en el plazo máximo de 30 días.

2.35 Ayuda familiar

Si por la aplicación de las coberturas “Gastos de desplazamiento de un acompañante” o “Acompañamiento de restos mortales”, viajara junto al Asegurado su cónyuge o pareja de hecho, y por tal causa quedaran solos hijos menores de 15 años en el domicilio familiar, el Asegurador tomará a su cargo los gastos de una persona que cuide de ellos, **hasta un máximo de 60 € por día con un máximo de 7 días**.

3. Exclusiones

A) Exclusiones aplicables con carácter general a las coberturas de asistencia en viaje.

Quedan excluidos de las coberturas señaladas en el apartado 2) Garantías cubiertas, los siniestros que sean consecuencia de:

- a) Práctica como profesional de cualquier deporte, y competiciones deportivas.
 - b) Viajes de duración superior a 90 días consecutivos.
 - c) Rescate de personas en montañas, simas, mares, selvas o desiertos.
 - d) Actos fraudulentos del Tomador, Asegurado, Beneficiario o familiares de los mismos.
 - e) Los riesgos derivados de la utilización de energía nuclear.
 - f) Los riesgos extraordinarios tales como guerras, terrorismo, tumultos populares, huelgas, fenómenos de la naturaleza y cualquier otro fenómeno de carácter catastrófico o acontecimientos que por su magnitud y gravedad sean calificados como catástrofe o calamidad nacional.
 - g) Siniestros ocurridos en la ciudad del domicilio del asegurado para las garantías de los apartados 2.21, 2.22 y 2.23.
- B) Exclusiones aplicables a las garantías en caso de accidente o enfermedad**
- a) Las garantías y prestaciones que no hayan sido solicitadas al Asegurador y que no hayan sido efectuadas por o con su acuerdo, salvo en caso de fuerza mayor o de imposibilidad material demostrada.
 - b) Los eventos producidos en España.
 - c) Aquellas enfermedades o lesiones que se produzcan como consecuencia de padecimientos crónicos o previos al inicio del viaje, así como sus complicaciones o recaídas.
 - d) Exámenes médicos generales, chequeos y cualquier visita o tratamiento que tenga carácter de medicina preventiva, según los criterios médicos generalmente aceptados.
 - e) La muerte por suicidio o las enfermedades y lesiones resultantes del intento o causadas intencionadamente por el titular a sí mismo, así como las derivadas de acciones criminales del titular directa o indirectamente.
 - f) El tratamiento de enfermedades o estados patológicos provocados por intencional ingestión o administración de tóxicos (drogas), narcóticos o por la utilización de medicamentos sin prescripción médica.
 - g) Adquisición, implantación, sustitución, extracción y/o reparación de prótesis de cualquier tipo, tales como marcapasos, piezas anatómicas, ortopédicas u odontológicas, gafas, lentes, aparatos de sordera, muletas, etc.

- h) Diagnóstico, seguimiento y tratamiento del embarazo, interrupción voluntaria del mismo y partos., excepto las complicaciones claras e impredecibles sobrevenidas durante los 180 primeros días de embarazo.
- i) Tratamiento, diagnóstico y rehabilitación de enfermedades mentales o nerviosas.
- j) Tratamientos especiales, cirugías experimentales, cirugía plástica o reparadora y los no reconocidos por la ciencia médica occidental.
- k) Cuando el siniestro se produzca en el extranjero, cualquier gasto médico incurrido en España aunque corresponda a un tratamiento prescrito o iniciado en el extranjero.
- l) Cualquier tipo de gasto médico o farmacéutico inferior a 9 €.

C) Exclusiones aplicables a las garantías en caso de fallecimiento

- a) Los siniestros ocurridos como consecuencia del suicidio del Asegurado.
- b) Gastos de inhumación y ceremonia así como el coste del ataúd en la garantía de Transporte o repatriación de Restos Mortales.

Disposiciones adicionales

El Reglamento de Asistencia Sanitaria es de aplicación, en tanto no se oponga a lo que las presentes disponen.

En las comunicaciones telefónicas solicitando la Asistencia de las garantías señaladas, deben indicar: nombre del Asegurado, número de póliza del Seguro de Asistencia Sanitaria, el lugar donde se encuentra, número de teléfono y tipo de asistencia que precisa.

No se responde de los retrasos o incumplimientos debidos a causas de fuerza mayor o a las especiales características administrativas o políticas de un país determinado. En todo caso, si no fuera posible una intervención directa, el Asegurado será reembolsado a su regreso a España, o en caso de necesidad, en cuanto se encuentra en un país donde no concurren las anteriores circunstancias, de los gastos en que hubiera incurrido y se hallen garantizados, mediante la presentación de los correspondientes justificantes.

Las prestaciones de carácter médico y de repatriación sanitaria deben efectuarse previo acuerdo del médico del centro hospitalario que atiende al Asegurado con el Equipo Médico del Asegurador.

Si el Asegurado tuviera derecho a reembolso por la parte del billete no consumida, al hacer uso



de la garantía de repatriación o traslado a España, dicho reembolso revertirá al Asegurador.

Las indemnizaciones fijadas en las garantías serán en todo caso complemento de los contratos que pudiera tener cubriendo los mismos riesgos, de las prestaciones de la seguridad social o de cualquier otro régimen de previsión colectiva.

El Asegurador queda subrogado en los derechos y acciones que puedan corresponder al Asegurado por hechos que hayan motivado la intervención de aquel y hasta el total del importe de los servicios prestados o abonados.

Es indispensable que, desde el momento del acaecimiento del siniestro, el Asegurado solicite la prestación de los servicios del siguiente teléfono, desde cualquier lugar del mundo pudiéndolo hacer a cobro revertido.

SERVICIO PERMANENTE LAS 24 HORAS

ANEXO II

(De aplicación solo si se suscribe esta cobertura)

REEMBOLSO DE GASTOS

1. Objeto de la cobertura

1.1 Riesgos cubiertos

La Mutualidad en el caso de que el asegurado haya suscrito esta cobertura opcional, asume el reembolso de gastos incurridos por el Asegurado derivados de la asistencia sanitaria que, cubierta por la póliza, hubiera recibido, siempre que hubieran sido realizados por médicos, servicios o centros sanitarios no concertados y ajenos a los cuadros médicos del Asegurador.

En el caso de que el Asegurado tenga incluida la cobertura de Reembolso de Gastos regulada en el presente Anexo II, y se produzca una contradicción con alguno de los apartados anteriores del Reglamento, serán de aplicación las condiciones descritas en el presente Anexo II.

No obstante, el reembolso a efectuar por la Mutualidad no excederá de los límites detallados en el presente Anexo II, para cada tipo o clase de asistencia sanitaria.

El Reembolso de los gastos por la asistencia sanitaria que, cubierta por la Póliza, hubiera recibido el Asegurado, no será superior al 80 % de los gastos ocasionados fuera del territorio nacional y al 90 % dentro del territorio nacional.

1.2 Riesgos excluidos

Queda excluido el reembolso de gastos incurridos por el Asegurado derivados por la asistencia sanitaria que, cubierta por la póliza, hubiera recibido por médicos, servicios o centros sanitarios concertados en la Red de Asistencia Sanitaria.

2. Definiciones

2.1 Franquicia

Importe de los gastos médicos, de hospitalización o de servicios incluidos en la cobertura del seguro que, conforme a lo establecido en las correspondientes garantías, corre a cargo del propio Asegurado y que no son objeto de reembolso por el Asegurador.

2.2 Suma asegurada

Es la cantidad máxima de indemnización que el Asegurador pagará como reembolso de gastos del Asegurado en una anualidad de Seguro completa.

3. Ámbito

La presente cobertura de Reembolso de Gastos tiene validez en el mundo entero.

4. Límites generales y parciales de reembolso

Tomando como base las garantías descritas en el presente Anexo II, se establecen para cada uno de los apartados del mismo una serie de límites generales y parciales, en el caso de que los Asegurados acudan a facultativos ajenos a la propia Red de Asistencia Sanitaria.

4.1 Suma Asegurada

El Asegurador en concepto de reembolso de gastos por la asistencia sanitaria que, cubierta por la Póliza, hubiera recibido el Asegurado, abonará una cantidad equivalente a:

- el 90 % de los gastos razonables y acostumbrados correspondientes a la asistencia sanitaria recibida por el Asegurado en España.
- el 80 % de los gastos razonables y acostumbrados correspondientes a la asistencia recibida por el Asegurado en el extranjero.

Y siempre con un máximo de 175.000 € por asegurado y anualidad del seguro.

Con el objeto de unificar el vencimiento de las pólizas a 31 de diciembre, en caso de que el Seguro inicie su vigencia con posterioridad al 1 de enero, la suma asegurada para el primer año será

proporcional a la fracción de año contratada. También se aplicará la proporcionalidad el año en que se extinga la Póliza si la extinción es anterior al 31 de diciembre.

4.2 Límites Especiales de Reembolso

No obstante lo dispuesto en el anterior apartado, el reembolso a efectuar por la Aseguradora no excederá de los límites que, para cada tipo o clase de asistencia sanitaria, a continuación se establecen:

a) Asistencia ambulatoria

a.1 Honorarios Médicos en Medicina Primaria/ Familiar y Médicos Especialistas: **49.000 € por asegurado y año**

a.2 Medios de Diagnóstico: **17.500 € por asegurado y año**

En las cantidades citadas quedan comprendidas todas las pruebas diagnósticas y actos terapéuticos realizados en la consulta al Asegurado por el propio especialista encargado de establecer el diagnóstico y tratamiento.

b) Asistencia hospitalaria

b.1 Honorarios Médicos en caso de Intervención Quirúrgica

La intervención quirúrgica realizada al Asegurado se catalogará dentro del grupo que corresponda, según la Clasificación Terminológica de Actos y Técnicas Médicas editada por el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos.

CIRUGÍA AMBULANTE Y MENOR	Grupo 0	4.500 €/ año
	Grupo 1	
	Grupo 2	
CIRUGÍA MEDIA	Grupo 3	9.000 €/ año
	Grupo 4	
CIRUGÍA MAYOR	Grupo 5	11.000 €/ año
	Grupo 6	
	Grupo 7	
GRAN CIRUGÍA	Grupo 8	18.000 €/ año

b.2 Honorarios Médicos cuando no exista Intervención Quirúrgica

El límite establecido será de 800€ por tratamiento.

b.3 Prótesis

La cantidad máxima a reembolsar será de 8.000 € por Asegurado y año.

b.4 Otros Gastos Hospitalarios.

Gastos de estancia y otros gastos hospitalarios: la cantidad máxima a reembolsar por ambos conceptos será de **400 € por día de hospitalización** del Asegurado. Si estuviera ingresado en U.V.I., el límite será de **1.000 € por día**.

En el supuesto de tratamientos en régimen de hospital de día, la cantidad máxima a reembolsar será de **300 € por cada tratamiento**.

Las cantidades indicadas comprenden el reembolso abonable por cualesquiera conceptos sanitarios derivados o correspondientes a la hospitalización, a excepción de los honorarios Médicos.

b.5 Trasplantes

La cantidad máxima a reembolsar por la Aseguradora en los casos de intervenciones quirúrgicas con la finalidad de efectuar un trasplante de órgano, no superará los siguientes límites:

- Pulmón: **175.000 € anuales**
- Hígado: **175.000 € anuales**
- Corazón: **175.000 € anuales**
- Médula ósea: **75.000 € anuales**
- Riñón: **175.000 € anuales**
- Córnea: **50.000 € anuales**

En estas cantidades se incluyen todos los gastos hospitalarios, honorarios Médicos y cualquier otro gasto sanitario cubierto derivado del trasplante.

c) Asistencia por maternidad

El reembolso a realizar por la Aseguradora de los gastos correspondientes a la asistencia médica y/o quirúrgica del parto y puerperio (sea parto normal o cesárea) no superará en su conjunto la cantidad de **6.000 € anuales**.

En estos importes quedan incluidos todos los gastos causados durante el ingreso, internamiento y visitas hospitalarias, pruebas diagnósticas, honorarios del tocólogo, matrona y ayudantes, anestesia y cualesquiera gastos hospitalarios.

En caso de que la Asegurada sea hospitalizada en un centro incluido en el Cuadro Médico de la Aseguradora, siendo el tocólogo ajeno al Cuadro, ésta asumirá la totalidad del gasto hospitalario conforme a las garantías de reembolso de gastos y reembolsará en concepto de honorarios hasta un **máximo de 6.000 € anuales**.



d) Enfermedades congénitas del recién nacido

Se cubrirá la asistencia y los gastos causados por este motivo, únicamente durante el primer año de vida del recién nacido y por un **límite máximo, para dicho periodo de tiempo y por todos los conceptos de asistencia sanitaria, de 15.000 €.**

e) Tratamientos especiales

QUIMIOTERAPIA	8.000 €/ año
DIÁLISIS (TODO INCLUIDO)	8.000 €/ año
OTROS TRATAMIENTOS ESPECIALES	8.000 €/ año

f) Otras prestaciones

Las prestaciones que a continuación se citan tendrán los límites anuales de reembolso que, para cada una de ellas, se señalan:

REHABILITACIÓN Y FISIOTERAPIA	4.000 €/ año
PSICOTERAPIA	2.000 €/ año
AMBULANCIA	200 € por traslado
PODOLOGÍA	750 €/ año
PREPARACIÓN AL PARTO	500 €/ año
LÁSER EXCIMER	1.000 € por ojo
CULTIVO AUTÓLOGO DE CÉLULAS DE CONDORCITO	2.500 €
LÁSER VERDE KTP O HPS	2.500 €
CIRUGÍA ROBÓTICA	2.500 €

5. Forma de prestar los servicios

En el supuesto de que el Asegurado sufra alguna de las consecuencias previstas en Condiciones de la Póliza que dé lugar al reembolso, el Asegurador pagará, a través del medio de pago que se establezca, al Tomador del Seguro o al Asegurado, según proceda, la cantidad que corresponda.

Una vez recibida toda la documentación requerida y efectuadas las comprobaciones oportunas para establecer la existencia del siniestro, el Asegurador, en el plazo de diez días laborables,

deberá reembolsar o consignar la cantidad garantizada, según las circunstancias conocidas.

En el supuesto de que el proceso tenga una duración superior a los 3 meses, el Tomador del Seguro o, en su caso, el Asegurado, deberá remitir al Asegurador las facturas de los gastos incurridos en el trimestre anterior.

Si en el plazo de tres meses desde la ocurrencia del siniestro, el Asegurador no hubiera reembolsado su importe por causa no justificada o que le fuera imputable, la cantidad que éste pudiera adeudar se incrementará en el tipo de interés legal del dinero vigente en el momento en que se devengue, incrementado en el 50 por 100. Estos intereses se considerarán producidos por días, sin necesidad de reclamación judicial. No obstante, transcurridos 2 años desde la producción del siniestro, el interés anual no podrá ser inferior al 20 por 100.

En el caso de que la asistencia médica y/u hospitalaria se lleve a cabo en el extranjero, la valoración de los gastos o de la cantidad a reembolsar por el Asegurador se realizará en euros al cambio oficial comprador de mercado de divisas que, en la fecha de abono por el Tomador del Seguro o Asegurado de la factura de gastos médicos y/u hospitalarios de cuyo reembolso se trate, tuviere la moneda en que dicho Tomador del Seguro o Asegurado hubiere efectuado el pago por la asistencia recibida. **Los gastos derivados de la traducción al idioma español de los oportunos documentos (facturas, informes, etc.) redactados en otras lenguas, correrán a cargo del Asegurado.**

En el caso de un recién nacido, comprende el reembolso parcial por parte del Asegurador de los gastos correspondientes a la asistencia médica y/u hospitalaria que precise el recién nacido desde el momento de su nacimiento, siempre y cuando haya sido dado de alta en la Póliza. **Si los gastos citados fueran como consecuencia de enfermedades de carácter congénito, el reembolso se otorgará únicamente durante el primer año de vida del recién nacido y con el límite máximo económico fijado en el presente Anexo II. Dicho límite se entenderá como suma asegurada de la cobertura de la Póliza de recién nacido. Además, para tener derecho a esta garantía es necesario que el alta de la madre en la Póliza haya tomado efecto con al menos 365 días de antelación al parto, así como que el recién nacido haya sido dado de alta en la Póliza.**

6. Tramitación en caso del Reembolso de Gastos

Para la tramitación de un reembolso cubierto por esta cobertura deben cumplirse las siguientes normas:

- a) El Asegurado o cualquier persona en su nombre deberá comunicar el siniestro dentro de los siguientes plazos:
- En los casos de asistencia sanitaria de urgencia, dentro de los 5 días laborables siguientes a la fecha en que tenga lugar el internamiento hospitalario.
 - En el caso de intervención quirúrgica o el internamiento hospitalario programados, dentro de los 7 días laborables inmediatamente anteriores a la fecha de dicha intervención quirúrgica o internamiento hospitalario.

Los plazos anteriormente señalados se entenderán sin perjuicio de lo establecido en el artículo 16 de la Ley de Contrato de Seguro.

- b) En los casos de intervenciones quirúrgicas, hospitalizaciones, pruebas diagnósticas y métodos terapéuticos, junto con la comunicación de enfermedad o accidente, el Tomador del Seguro o Asegurado enviará al Asegurador informe médico en el que se especifiquen el diagnóstico y naturaleza de las enfermedades, así como en su caso, el centro asistencial, fecha de ingreso, duración probable del tratamiento y tipo de éste.

Además el Asegurado necesitará autorización previa del Asegurador para la realización de cualquier servicio. Sin dicha autorización el Asegurador no se hará cargo de ninguna de las facturas presentadas por el Tomador o Asegurado.

- c) El Asegurado deberá, además, seguir fielmente todas las prescripciones del médico encargado de la curación y deberá dar al Asegurador toda clase de informaciones sobre las circunstancias o consecuencias del siniestro.
- d) El Tomador del Seguro o el Asegurado o sus familiares deberán permitir que médicos designados por el Asegurador visiten al Asegurado tantas veces como el Asegurador lo estime oportuno, así como cualquier averiguación o comprobación que el Asegurador considere necesaria sobre su estado de salud.
- e) En caso de hospitalización, una vez finalizada ésta, el Tomador del Seguro o el Asegurado comunicará tal circunstancia al Asegurador con indicación del periodo de duración del internamiento.
- f) El Tomador del Seguro o, en su caso, el Asegurado deberá presentar al Asegurador la siguiente documentación:

- Impreso de solicitud de reembolso, debidamente cumplimentado.
- Justificantes o facturas originales, de los gastos realmente incurridos por el Asegurado, debidamente desglosados, por cada uno de los conceptos incluidos en las facturas en donde se reflejen:
 - La persona a la que se ha realizado la asistencia médica u hospitalaria.
 - La naturaleza del acto o actos médicos realizados (consulta, pruebas diagnósticas, métodos terapéuticos, intervenciones quirúrgicas, etc.) detallando fechas e importes.
 - Identificación de la persona física o jurídica que ha prestado la asistencia (médico, ATS o DUE, clínica u hospital, etc.), haciéndose constar, en su caso, los apellidos, nombre o razón social, domicilio, número de colegio y número de identificación fiscal (NIF).
- Justificación del pago de las facturas por parte del Asegurado.
- Prescripciones médicas originales de los servicios médicos y/u hospitalarios recibidos por el Asegurado.
- Informe médico original explicativo de los servicios médicos y/u hospitalarios prestados al Asegurado, del proceso de la enfermedad y su evolución.
- Informe de alta médica u hospitalaria.

El incumplimiento de las normas establecidas, en conformidad con la legislación vigente, será considerado como renuncia expresa al cobro del reembolso, salvo que no haya sido posible cumplirlas por causas ajenas a la voluntad del Tomador del Seguro, del Asegurado o de sus familiares.

7. Peritaje

En caso de discrepancia en la evaluación del siniestro el Asegurador deberá efectuar, dentro de los cuarenta días a partir de la declaración del siniestro, el pago del importe mínimo de lo que el Asegurador pueda deber, según las circunstancias por él conocidas.

Si las partes se pusiesen de acuerdo en cualquier momento sobre el importe y la forma de la indemnización, el Asegurador deberá pagar la suma convenida. Si no se lograra el acuerdo dentro del plazo de los 40 días, a partir de la recepción de la declaración del siniestro, cada parte designará un Perito, debiendo constar por escrito la aceptación de éstos. Si una de las partes no hubie-



ra hecho la designación, estará obligada a realizarla en los 8 días siguientes a la fecha en que sea requerida por la que hubiere designado el suyo, y de no hacerlo en este último plazo se entenderá que acepta el dictamen que emita el Perito de la otra parte, quedando vinculado por el mismo.

En caso de que los Peritos lleguen a acuerdo, se reflejará en una acta conjunta en la que se harán constar las causas del siniestro y las demás circunstancias que influyan en la determinación de la indemnización y la propuesta del importe líquido de la indemnización.

Cuando no haya acuerdo entre los Peritos, ambas partes designarán de común acuerdo un tercer Perito, y de no existir éste, la designación se hará por el Juez de primera instancia del domicilio del Asegurado, en acto de jurisdicción voluntaria y por los trámites previstos para la insaculación de Peritos en la Ley de Enjuiciamiento Civil.

En este caso, el dictamen pericial se emitirá en el plazo señalado por las partes o, en su defecto, en el de treinta días a partir de la aceptación de su nombramiento por el Perito tercero.

El dictamen de los Peritos, por unanimidad o por mayoría, se notificará a las partes de manera inmediata y de forma indubitada, siendo vinculante para éstos, salvo que se impugne judicialmente por alguna de las partes dentro del plazo de 30 días, en el caso del Asegurador, y 180 en el del Asegurado, computados ambos desde la fecha de su notificación. Si no se interpusiere en dichos plazos la correspondiente acción, el dictamen pericial devendrá inatacable.

Si el dictamen de los Peritos fuera impugnado, el Asegurador deberá abonar el importe mínimo referido en los apartados anteriores, y si no lo fuera, abonará el importe de la indemnización señalado por los Peritos en un plazo de cinco días.

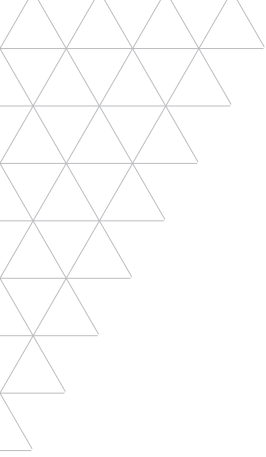
En el supuesto de que por demora del Asegurador en el pago del importe de la indemnización devenida inatacable, el Asegurado se viera obligado a reclamarlo judicialmente, la indemnización correspondiente se verá incrementada con el interés previsto legalmente y que en este caso, empezará a devengarse desde que la valoración devino inatacable para el Asegurador y, en todo caso, con el importe de los gastos originados al Asegurado por el proceso, a cuya indemnización hará expresa condena la sentencia, cualquiera que fuere el procedimiento judicial aplicable.





MUTUALIDAD ABOGACÍA





mutualidadabogacia.com



MUTUALIDAD ABOGACÍA

www.mutualidadabogacia.com

sam@mutualidadabogacia.com | T. 914 35 24 86

