UNIÓN ARTESANOS

MUTUALIDAD DE PREVISIÓN SOCIAL

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

ÍNDICE

INFORMACIÓN LEGAL DE LA ENTIDAD ASEGURADORA 3
ARTÍCULO PRELIMINAR 3
ARTÍCULO 1º - DEFINICIONES 3
ARTÍCULO 2º - OBJETO DEL SEGURO 5
ARTÍCULO 3º- BASES DEL CONTRATO 6
ARTÍCULO 4º - INDISPUTABILIDAD 6
ARTÍCULO 5º - DURACIÓN DEL SEGURO 6
ARTÍCULO 6º- PERSONAS ASEGURABLES 6
ARTÍCULO 7º- ERROR EN LA EDAD DEL ASEGURADO 6
ARTÍCULO 8º- PRIMAS DEL SEGURO, PAGO Y ACTUALIZACIÓN DE PRIMAS 6
ARTÍCULO 9º- OBLIGACIONES DEL ASEGURADOR 7
ARTÍCULO 10º - DERECHOS DEL TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO 7
ARTÍCULO 11º. OBLIGACIONES Y DEBERES DEL TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO . 7
ARTÍCULO 12º - DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA 9
ARTÍCULO 13º- FORMA DE PRESTAR LOS SERVICIOS 19
ARTÍCULO 14º- RESPONSABILIDAD. 20
ARTÍCULO 15 - PERÍODOS DE CARENCIA 20
ARTÍCULO 16º- RIESGOS EXCLUIDOS 21
ARTICULO 17º - PÉRDIDA DE DERECHOS DEL ASEGURADO. 23
ARTÍCULO 18 – RESCISIÓN DE LA PÓLIZA 24
ARTÍCULO 19º - PRESCRIPCIÓN 24
ARTÍCULO 20º- CONTROL E INSTANCIAS DE RECLAMACIÓN 24
ARTÍCULO 21 - SUBROGACIÓN 25
ARTÍCULO 22º - COMUNICACIONES Y JURISDICCIÓN 25
ARTÍCULO 23º - TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL Y ANEXO COPAGOS 25 6

INFORMACIÓN LEGAL DE LA ENTIDAD ASEGURADORA

Unión de Artesanos, Mutualidad de Previsión Social, se encuentra inscrita en el Registro Autonómico de Mutualidades de Previsión Social no integradas en la Seguridad Social.

Entidad Aseguradora que opera en Galicia con domicilio social en España, oficina en Santiago de Compostela, Rúa Xeneral Pardiñas, número 9 -1 1, entreplanta (15897 A Coruña).

Inscrita en el Registro Mercantil de Santiago de Compostela, tomo 26, hoja 16.115. Consta con Código de Identificación Fiscal: V-15.044.498 y Fondo Mutual: 142.152,61 €.

ARTÍCULO PRELIMINAR

El presente contrato se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de octubre de Contrato de Seguro, por el Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de Seguros Privados; por su reglamento de desarrollo (Real Decreto 2486/98 de 20 de noviembre); por la 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.

No requerirán dicha aceptación las meras transcripciones o referencias a preceptos legales o reglamentarios imperativos.

La actividad aseguradora que lleva a cabo Unión de Artesanos, Mutualidad de Previsión Social, en adelante Entidad Aseguradora o Asegurador, es la de seguro de asistencia sanitaria.
Dentro de los límites y condiciones establecidos en la póliza y del período de duración de la misma, Unión de Artesanos asume el compromiso de prestar asistencia sanitaria médico quirúrgico a los mutualistas o a sus beneficiarios en la forma en que se preceptúa en el Reglamento de la Entidad.

Las coberturas de la Póliza se prestan únicamente en el territorio de Galicia, y se limitan a su cuadro médico y a lo regulado en las presentes Condiciones Generales.

Entidad constituida en 1926, es una Mutualidad de Previsión Social que carece de ánimo de lucro y ejerce una modalidad aseguradora de carácter voluntario, financiada por aportaciones a prima fija de sus mutualistas y de personas protectoras.

ARTÍCULO 1º - DEFINICIONES

A los efectos de la Póliza se entenderá por:

Accidente: La lesión corporal sufrida durante la vigencia de la póliza, que derive de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado.

Asegurado: Personas físicas que asumen las obligaciones derivadas de la póliza. La condición de socio Mutualista será inseparable de la del tomador del seguro o de asegurado, siempre que este último sea el pagador final de la prima.

Serán mutualistas las personas que residen legalmente en España y no superen la edad establecida por la entidad en el momento de darse de alta.

La Unión de Artesanos, M. P. S., dispone de dos tipos de asegurados, de acuerdo con las siguientes características:

a) Asegurados con cobertura general: Será todo aquel asegurado, mutualista o beneficiario, que haya contratado el seguro con anterioridad al 1 de septiembre de 2021, o que, contratándolo con posterioridad a dicha fecha, tenga menos de 71 años en el momento de darse de alta y haya optado por esta opción. Las coberturas de este tipo de asegurados serán todas las recogidas en la cláusula 12 “descripción de la cobertura” del presente condicionado.

b) Asegurados con cobertura limitada: Será todo aquel asegurado que contrate el seguro bajo esta modalidad. Cualquier asegurado de la opción a) puede contratar la opción b). Sin embargo, los asegurados de la opción b) no pueden beneficiarse de la cobertura de la opción a). Las coberturas de este tipo de asegurados serán todas las recogidas en los puntos 1 (Medicina primaria), 2.2 (Urgencias ambulatorias), 3 (Consultas médicas), 4 (Pruebas diagnósticas) y 5.1 (Ambulancia) y 5.2 (Enfermería). De este modo, **la póliza aplicable a este tipo de asegurados excluirá todo tipo de intervención quirúrgica e ingresos psiquiátricos y hospitalarios, incluso los derivados del servicio de urgencias.**

A.T.S. /D.U.E.: Profesional con Diplomado en Enfermería, legalmente capacitado y autorizado para prestar la atención de enfermería en enfermedad o lesión que origine alguna de las garantías contenidas en la Póliza.

Asegurador o Entidad Aseguradora: Persona jurídica que asume el riesgo contractualmente pactado, en esta póliza UNIÓN DE ARTESANOS, Mutualidad de Previsión social a prima fija, denominada en adelante Asegurador.

Beneficiario: Tendrá la condición de Beneficiarios/as el cónyuge del mutualista o persona que tenga análoga relación de convivencia afectiva, así como los descendientes de ambos o de uno solo de ellos, menores de 18 años.

Centro Médico Asistencial: Todo establecimiento público o privado legalmente autorizado para el tratamiento de enfermedades o lesiones corporales, provisto de los medios para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas. Dicho establecimiento debe estar atendido por un médico las 24 horas del día.

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

Copago: Es la cantidad o porcentaje establecida en el **Anexo de Copagos,** no cubierta por la Póliza, que el Asegurado paga en el momento en que hace una visita al consultorio o recibe otros servicios de atención médica. Esta cantidad o porcentaje se aplicará a la suma total de la factura.

Cuadro Médico: Relación editada de profesionales y establecimientos sanitarios propios o concertados por el Asegurador en cada provincia, con su dirección y teléfono

Cuestionario de Salud: Declaración completa y exacta realizada y firmada por el tomador y/o Asegurado antes de la formalización de la Póliza y que sirve para conocer al Asegurado para la valoración del riesgo que es objeto del Seguro.

Edad del Asegurado: Es la edad alcanzada por el Asegurado para el momento de su inclusión o renovación en la Póliza.

Enfermedad: Alteración del estado de salud del asegurado por la acción de una patología que no sea consecuencia de un accidente, diagnosticada por un médico legalmente reconocido, que haga precisa la prestación de asistencia sanitaria y cuyas primeras manifestaciones se presenten durante la vigencia de la póliza.

Enfermedad crónica: Patología de larga duración, cuyo fin o curación no puede preverse claramente o no ocurrirá nunca.

Enfermedad preexistente: Es aquella no conocida y/o no diagnosticada en el momento de la contratación de la póliza, es decir, es la padecida por el Asegurado con anterioridad a la fecha de su efectiva incorporación (alta) en la Póliza.

Enfermedad, lesión, minusvalía o malformación 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 período de la vida del Asegurado.

Exclusiones (Riesgos excluidos): Servicios de asistencia médica y quirúrgica que no están cubiertos por la Póliza y se encuentran claramente especificadas en las Condiciones Generales, en las Particulares y Suplementos de Póliza que se emitan.

Facultativo/Médico: Profesional en Medicina legalmente capacitado y autorizado para tratar médica o quirúrgicamente la enfermedad o lesión que originen algunas de las garantías contenidas en la Póliza.

Facultativo/Médico consultor: Facultativo perteneciente al cuadro médico de la Entidad específicamente designado por la misma para atender casos especiales y a petición razonada de un médico especialista de la Entidad Aseguradora o Asegurador.

Formulario de Solicitud del Seguro: Forma parte de la Póliza, es el formulario de preguntas facilitado por la Entidad Aseguradora o Asegurador al Tomador y/o Asegurado, tiene por objeto analizar su estado de salud y conocer las circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y en la contratación del seguro.

Habitación convencional: Habitación de un centro médico asistencial de una sola estancia o habitáculo, dotada de instalaciones sanitarias de vacío y oxígeno. No se entienden como habitación convencional las suites o habitaciones con antesala.

Hospital o clínica: Todo establecimiento en el que puede legalmente realizarse el tratamiento médico o quirúrgico de enfermedades o lesiones corporales ya sea en régimen ambulatorio o de internamiento. Dicho establecimiento contará con la asistencia permanente de un médico, y solo se admitirá el ingreso en el mismo de personas enfermas o lesionadas.

No se considerarán hospitales, a efectos de la póliza, los hoteles, asilos, casas de reposo o de convalecencia, balnearios, instalaciones dedicadas principalmente al internamiento y/o tratamiento de drogadictos o alcohólicos e instituciones similares.

Hospitalización de día: En el supuesto en que una persona figure registrada como paciente en aquellas unidades del hospital así denominadas específicamente, tanto médicas como quirúrgicas o psiquiátricas, para recibir un tratamiento concreto o por haber estado bajo la acción de una anestesia, sin que ello suponga pernoctar y pudiendo, o no, realizar una de las comidas principales en dicha unidad. con una permanencia mínima de 24 horas.

Intervención quirúrgica: Toda operación mediante incisión u otra vía de abordaje interno efectuada por un cirujano y que requiere normalmente la utilización de una sala de operaciones.

Lista de facultativos: Relación editada de profesionales y establecimientos sanitarios propios o concertados por el Asegurador en cada provincia, con su dirección y teléfono.

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

Médico: Profesional legalmente habilitado para ejercer la Medicina.

Médico especialista o especialista: Médico que dispone de la titulación necesaria para ejercer su profesión dentro de una de las especialidades médicas legalmente reconocidas.

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

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

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

Parto: El parto normal o a término es aquél que se produce entre la 37 y la 42 semana desde la fecha de la última menstruación. Parto pretérmino o prematuro es aquel que se produce entre la 28 y la 36 semana de gestación.

Plazo o período de carencia: Intervalo de tiempo durante el cual no son efectivas algunas de las coberturas incluidas dentro de las garantías de la Póliza. Dicho plazo se computa por meses contados desde la fecha de entrada en vigor de la póliza para cada uno de los Asegurados incluidos en ella.

Plazo o período de disputabilidad: Intervalo de tiempo, contado desde la fecha de entrada en vigor de la póliza para cada uno de los Asegurados incluidos en ella, durante el cual el Asegurador puede rechazar la cobertura de las prestaciones o impugnar el contrato alegando la existencia de enfermedades anteriores del Asegurado y que este no hubiera declarado en el Cuestionario de Salud. Transcurrido dicho plazo, el rechazo del Asegurador deberá fundarse en la existencia de una ocultación dolosa por parte del Asegurado.

Transcurrido este plazo, la Entidad Aseguradora o Asegurador sólo tendrá esa facultad en el caso de que el Tomador y/o el Asegurado hayan actuado dolosamente.

Póliza: El documento o documentos escritos que contienen las condiciones que regulan el seguro, las cláusulas y pactos reguladores del Contrato de Seguro. Forman parte integrante e inseparable de la póliza estas condiciones generales, la Solicitud de seguro, el Cuestionario de Salud, las Condiciones Especiales si las hubiera y en su caso, las modificaciones acordadas durante la vigencia del contrato.

Prestación: Consiste en la asistencia sanitaria derivada del acaecimiento del siniestro en la forma establecida en las presentes Condiciones Generales.

Prima: Es el precio del seguro, es decir, la cantidad que el Tomador del Seguro o Asegurado debe abonar la Entidad Aseguradora o Asegurador, en contraprestación de las garantías indicadas en la Póliza. El recibo de prima contendrá, además, los recargos, tasas e impuestos que sean de legal aplicación.

Prótesis, **implantes e injertos**: 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 o materiales biológicos tales como válvulas, sustituciones articulares, piel sintética, lentes intraoculares, los materiales biológicos (córnea), los fluidos, geles y líquidos sintéticos o semisintéticos, sustitutivos, humores o líquidos orgánicos, reservorios de medicamentos, sistemas de oxigenoterapia ambulantes, entre otros.

Puericultor: Facultativo generalista al que se le confiere el cuidado del niño sano, tanto en los aspectos físicos como mentales de su desarrollo.

Riesgos excluidos (Exclusiones): Servicios de asistencia médica y quirúrgica que no están cubiertos por la Póliza y se encuentran claramente especificadas en las Condiciones Generales, en las Particulares y Suplementos de Póliza que se emitan.

Recién nacido: Es la etapa diferenciada de la vida que se extiende durante cuatro semanas a partir del nacimiento.

Siniestro: Acontecimiento cuyas consecuencias hacen necesaria la utilización de servicios sanitarios cuyo coste se encuentran total o parcialmente cubiertos por la póliza.

Tomador del seguro: Es la persona, física o jurídica que, junto con la Entidad Aseguradora o Asegurador, suscribe este contrato, y al que corresponden las obligaciones que del mismo se derivan, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado.

Tratamiento quirúrgico: Toda operación con fines diagnósticos o terapéuticos, realizada mediante incisión u otra vía de abordaje interno, efectuada por un cirujano en un centro médico asistencial autorizado y que requiere normalmente la utilización de una sala de operaciones.

Tarjeta Sanitaria: Documento propiedad del Asegurador que se expide y entrega a cada Asegurado incluido en la póliza y cuyo uso, personal e intransferible, es necesario para recibir los servicios cubiertos por la póliza.

Urgencia: Situación del Asegurado que hace necesaria la asistencia médica con carácter inmediato a fin de evitar un daño irreparable en su salud.

ARTÍCULO 2º - OBJETO DEL SEGURO

La Entidad Aseguradora o Asegurador se obliga, por medio de la presente Póliza a cubrir la asistencia médico-quirúrgica y hospitalaria para las enfermedades descritas en el Artículo 12 “Coberturas del Seguro”, dentro de los límites y condiciones estipulados en estas Condiciones Generales de esta Póliza, y las que se establecen en las Condiciones Particulares y Suplementos que se emitan, y mediante el pago de la prima que en cada caso corresponda. El Asegurador se compromete a proporcionar al Asegurado, dentro del ámbito territorial de Galicia y con los facultativos (Cuadro Médico) concertados por el Asegurador en el momento de la prestación del servicio, la asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria que proceda en toda clase de enfermedades o lesiones comprendidas en las presentes Condiciones Generales de la Póliza de Salud.

En todo caso, el Asegurador asume la necesaria asistencia de carácter urgente de acuerdo con lo previsto en las condiciones de la póliza y en aplicación de lo dispuesto en el Artículo 103 de la Ley de Contrato de Seguro.

ARTÍCULO 3º- BASES DEL CONTRATO

La presente Póliza ha sido concertada sobre las declaraciones efectuadas por el Tomador del Seguro y el Asegurado en el formulario de solicitud del seguro, sobre su estado de salud, hábitos de consumo, profesión habitual y prácticas de deporte del Asegurado. Estas declaraciones constituyen las bases fundamentales para la aceptación del riesgo.

ARTÍCULO 4º - INDISPUTABILIDAD

La presente póliza será indisputable en cuanto al estado de salud del Asegurado y la Entidad Aseguradora no podrá negar sus prestaciones alegando la existencia de enfermedades preexistentes, una vez transcurrido un (1) año desde la fecha de efecto del presente contrato, salvo que el Tomador del Seguro o Asegurado hayan actuado dolosamente.

ARTÍCULO 5º - DURACIÓN DEL SEGURO

El seguro se estipula por el **período de un año** y, a su vencimiento, se prorrogará tácitamente por períodos anuales. No obstante, además de lo establecido en el artículo 13.3, cualquiera de las partes podrá oponerse a la prórroga mediante notificación escrita a la otra parte, efectuada con antelación no inferior a un mes a la fecha de la conclusión del período del seguro en curso cuando quien se oponga a la prórroga sea el tomador, y de dos meses si es el asegurador.

La Entidad Aseguradora o Asegurador no podrá resolver la Póliza cuando el Asegurado se halle en tratamiento en régimen hospitalario, hasta el alta de este, salvo renuncia del Asegurado a continuar el tratamiento.

Respecto a cada Asegurado, el seguro se extingue:

1. **Por fallecimiento**
2. Si en la Póliza **están incluidos familiares que convivan con el Tomador del Seguro,** cuando dejen de vivir de manera habitual en el domicilio de este último, lo cual deberá ser comunicado a la Entidad Aseguradora o Asegurador. Si estas personas contratan un nuevo seguro, antes de transcurrir un (1) mes desde la comunicación anteriormente citada, la Entidad Aseguradora o Asegurador mantendrá los derechos de antigüedad por ellos adquirida, siempre y cuando suscriban las mismas garantías.

ARTÍCULO 6º- PERSONAS ASEGURABLES

Las personas que se indican más adelante pueden incluirse bajo el presente seguro, siempre que residan legalmente en España y declaren estar en buen estado de salud en el correspondiente Cuestionario médico:

1. Tomador y/o Asegurado.
2. Su cónyuge o la persona que tenga una análoga relación de convivencia afectiva.
3. Los hijos solteros del Tomador y/o Asegurado o de su cónyuge o persona con análoga relación de convivencia afectiva, hasta cumplir los 18 años.
4. Los familiares del del Tomador y/o Asegurado o de su cónyuge o persona con análoga relación de convivencia afectiva, hasta el tercer grado de consanguinidad, siempre que sean menores de edad.

ARTÍCULO 7º- ERROR EN LA EDAD DEL ASEGURADO

En el supuesto de indicación inexacta de la fecha de nacimiento del Asegurado, la Entidad Aseguradora o Asegurador sólo podrá impugnar el contrato si la verdadera edad del Asegurado, en el momento de la entrada en vigor del contrato, excede de los límites de admisión establecidos por aquél. En otro caso, si como consecuencia de una declaración inexacta de la edad la prima pagada es inferior a la que correspondería pagar, el Asegurado vendrá obligado a abonar a la Entidad Aseguradora o Asegurador, la prorrata de primas y las que realmente le hubiese correspondido pagar según su verdadera edad.

Si por el contrario la prima pagada es superior a la que debería haberse abonado, la Entidad Aseguradora o Asegurador estará obligado a restituir el exceso de las primas percibidas sin intereses.

ARTÍCULO 8º- PRIMAS DEL SEGURO, PAGO Y ACTUALIZACIÓN DE PRIMAS

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

1. **Las garantías contratadas no tomarán efecto mientras no se haya satisfecho el primer recibo de prima.**
2. 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, la Entidad Aseguradora o Asegurador tiene derecho 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, la Entidad Aseguradora o Asegurador quedará liberado de su obligación, salvo pacto en contrario.
3. **El Asegurador sólo queda obligado por los recibos librados por la Dirección o por sus representantes legalmente autorizados.**
4. **El Asegurador podrá actualizar anualmente el importe de las primas y el importe correspondiente al copago o participación del Asegurado, si lo hubiese, en el coste de los servicios.**

   Estas actualizaciones de primas y copagos incorporarán los ajustes necesarios para garantizar que la tarifa de prima sea suficiente y se fundamentan en los cálculos técnico-actuariales realizados y basados en el incremento

del coste de los servicios sanitarios, el aumento de la frecuencia de las prestaciones cubiertas por la póliza, la incorporación de innovaciones tecnológicas de aparición o utilización posterior a la perfección del contrato y que incluyan en la cobertura garantizada, u otros hechos de similares características.

Las primas que deberá satisfacer el Tomador variarán a partir de los 50 años, en función de la edad que tengan en el momento del alta.

En cada renovación, la prima anual se determinará aplicando las tarifas que la Entidad Aseguradora o Asegurador tenga en vigor en la fecha de renovación. El Tomador del Seguro da su conformidad a las variaciones de prima que se produzcan por tal motivo.

5. El Tomador del Seguro, recibida la comunicación del Asegurador relativa a la **actualización de las primas y/o copagos para la anualidad siguiente, podrá optar entre la prórroga del Contrato de Seguro, lo que supone la aceptación de las nuevas condiciones económicas, o su rescisión al término de la anualidad en curso, mediante el correspondiente escrito dirigido al Asegurador.**
6. El pago del primer recibo correspondiente a la prima del período de prórroga en curso supondrá la aceptación del conjunto de las nuevas condiciones del contrato de seguro.
7. La Entidad Aseguradora tiene derecho a resolver el contrato, en caso de falta de pago por parte del asegurado, de cualesquiera otras cantidades pendientes de pago, una vez transcurridos sesenta días naturales desde que hubiese sido requerido fehacientemente para ello.

ARTÍCULO 9º- OBLIGACIONES DEL ASEGURADOR

Además de prestar asistencia contratada, el Asegurador entregará al Tomador del seguro la póliza o, en su caso, el documento de cobertura provisional o el que proceda según lo dispuesto en el Artículo 5º de la Ley de Contrato de Seguro, así como un ejemplar del formulario de médico y de solicitud y demás documentos que haya suscrito el Tomador del Seguro.
Igualmente, entregará al Tomador la tarjeta de Unión de Artesanos, documento personal e intransferible, correspondiente a cada uno de los Asegurados incluidos en la póliza.
En el momento de suscribir la póliza, el Asegurador también facilitará un ejemplar de la lista de facultativos correspondiente a su provincia de residencia, con especificación del centro o centros permanentes de urgencia médica y quirúrgica, del servicio permanente de asistencia ambulatoria, de los hospitales y clínicas, de las direcciones de consulta de los facultativos y de los servicios de información, urgencia y asistencia ambulatoria permanente.
La lista de facultativos es actualizada constantemente por el Asegurador en cada momento que comunican bajas o altas de los especialistas. Será obligación del Asegurado utilizar los servicios de los proveedores asistenciales que se encuentren en alta en la fecha de solicitud de la asistencia. A estos efectos, podrán solicitar en las oficinas del Asegurador la entrega de la lista de los facultativos actualizada o informarse en la página web en el apartado de Noticias y/o Cuadro Médico.

En caso de extravío de la Póliza, La Entidad Aseguradora o Asegurador a petición del Tomador del Seguro o, en su defecto, del Asegurado o del Beneficiario, **tendrá obligación de expedir copia o duplicado de la misma,** la cual tendrá idéntica eficacia que la original. La petición se hará por escrito en el que se expliquen las circunstancias del caso, se aporten las pruebas de haberlo notificado a quienes resulten titulares de algún derecho en virtud de la Póliza y el solicitante se comprometa a devolver la Póliza original si apareciese y a indemnizar a la Entidad Aseguradora o Asegurador de los perjuicios que le irrogue la reclamación de un tercero.

ARTÍCULO 10º - DERECHOS DEL TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO

El Tomador del seguro o, en su caso, el Asegurado, tendrá los siguientes derechos:

a) Las garantías indicadas respectivamente en las Condiciones Generales, Particulares y Suplementos que se emitan de la Póliza.

b) El Tomador del Seguro y/o Asegurado podrá reclamar a la Entidad Aseguradora o Asegurador, en el plazo de un (1) 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.

c) El Tomador del Seguro o el Asegurado podrá, durante el curso del contrato, poner en conocimiento a la Entidad Aseguradora o Asegurador todas las circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por este en el momento de la perfección del contrato, lo habría concluido en condiciones más favorables. En tal caso, al finalizar el período en curso cubierto por la prima, deberá reducirse el importe de la prima futura en la proporción correspondiente, teniendo derecho el Tomador en caso contrario a la resolución del contrato y a la devolución de la diferencia entre la prima satisfecha y la que hubiera correspondido pagar, desde el momento de la puesta en conocimiento de la disminución del riesgo.

ARTÍCULO 11º. OBLIGACIONES Y DEBERES DEL TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO

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

a) **Declarar a la Entidad Aseguradora o Asegurador, antes de la formalización del contrato y de acuerdo con el formulario de solicitud del seguro 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 la Entidad Aseguradora o Asegurador no le somete al formulario de solicitud del seguro o cuando, aun haciéndolo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él.

   La Entidad Aseguradora o Asegurador podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al Tomador del Seguro en el plazo de un (1) mes, a contar desde el momento en que tenga conocimiento de la reserva o inexactitud del Tomador del Seguro o Asegurado.

   Corresponderán a la Entidad Aseguradora o Asegurador, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, primas relativas al período en curso en el momento que haga esta declaración.

   Si el siniestro sobreviene antes de que haga la Entidad Aseguradora o Asegurador la declaración a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de éste se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si medió dolo o culpa grave del Tomador del Seguro, la Entidad Aseguradora o Asegurador quedará liberada del pago de la prestación.

b) Comunicar a la Entidad Aseguradora o Asegurador, durante la vigencia de la Póliza y tan pronto como le sea posible, todas las **circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por este en el momento de la perfección del contrato no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas.**

   Se entenderá que la agravación del riesgo no comunicada en tiempo y forma por el asegurado a la Entidad Aseguradora, supondrá un uso indebido y/o fraudulento de las prestaciones de la entidad.

   La Entidad Aseguradora o Asegurador puede, en un plazo de dos (2) meses a contar del día en que la agravación le ha sido declarada, proponer una modificación del contrato. En tal caso, el Tomador dispone de quince (15) días a contar desde la recepción de esta proposición para aceptarla o rechazarla. En caso de rechazo, o de silencio por parte del Tomador, la Entidad Aseguradora o Asegurador puede, transcurrido dicho plazo, rescindir el contrato previa advertencia al Tomador, dándole para que conteste un nuevo plazo de quince (15) días, transcurridos los cuales y dentro de los ocho (8) siguientes comunicar al Tomador la rescisión definitiva.

   La Entidad Aseguradora o Asegurador igualmente podrá rescindir el contrato comunicándolo por escrito al Asegurado dentro de un (1) mes, a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo. En el caso de que el Tomador del Seguro o Asegurado no haya efectuado su declaración y sobreviniera un siniestro, la Entidad Aseguradora o Asegurador queda liberado de su prestación si el Tomador o el Asegurado han actuado con mala fe. En otro caso, la prestación de la Entidad Aseguradora o Asegurador se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se habría aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

c) **Comunicar a la Entidad Aseguradora o Asegurador, tan pronto como le sea posible, el cambio de domicilio.** Si el cambio de domicilio supone una disminución del riesgo será de aplicación lo dispuesto en el artículo 13 de la Ley de Contrato de Seguro, que dispone: En tal caso, al finalizar el período en curso cubierto por la prima, deberá reducirse el importe de la prima futura en la proporción correspondiente, teniendo derecho el Tomador en caso contrario a la resolución del contrato y a la devolución de la diferencia entre la prima satisfecha y la que le hubiera correspondido pagar, desde el momento de la puesta en conocimiento de la disminución del riesgo. Si por el contrario supone una agravación del riesgo, será de aplicación lo previsto en la letra b) anterior.

d) Aminorar las consecuencias del siniestro empleando los medios a su alcance para el pronto restablecimiento. El incumplimiento de este deber, con la manifiesta intención de perjudicar o engañar a la Entidad Aseguradora o Asegurador, liberará a este de toda prestación derivada del siniestro.

e) Para la utilización de los servicios prestados, 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 del Cuadro Médico y con la autorización de la Entidad Aseguradora o Asegurador.

f) Para la utilización de los servicios descritos en las Condiciones Generales, Particulares y Suplementos que se emitan en la Póliza, el Asegurado deberá presentar su tarjeta Unión de Artesanos, documento personal e intransferible. En caso de pérdida o sustracción de esta tarjeta, el Tomador y/o Asegurado tiene(n) la obligación de comunicarlo a la Entidad Aseguradora o Asegurador en el plazo de cuarenta y ocho (48) horas, procediéndose a emitir una nueva tarjeta y anular la extraviada o sustraída.

   Además, el Tomador del Seguro y/o Asegurado se obliga(n) a devolver a la Entidad Aseguradora o Asegurador la(s) tarjeta(s) Unión de Artesanos, en el caso de rescisión, resolución y, en general, de finalización de la relación contractual cualquiera que sea la causa de esta, así como los cheques asistenciales, o documentos que los sustituyan, que tuviera en su poder.

g) Si la asistencia de la madre biológica en el parto se realiza con cargo a la Póliza de la que aquella fuese asegurada, los hijos recién nacidos podrán ser incluidos en la misma con todos sus derechos cuando el alta de la madre biológica en la Póliza haya tomado efecto con al menos trescientos sesenta y cinco (365) días de antelación al parto. Para ello, el Tomador deberá comunicar a la Entidad Aseguradora o Asegurador tal circunstancia dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha del nacimiento, mediante la cumplimentación de un formulario de solicitud del seguro.

   En todo caso, la Entidad Aseguradora o Asegurador cubrirá la asistencia sanitaria al recién nacido siempre y cuando esté dado de alta como asegurado en la Entidad Aseguradora o Asegurador.

   Si el alta del recién nacido se comunica con posterioridad al plazo indicado, será necesario cumplimentar el formulario de solicitud y la Entidad Aseguradora o Asegurador podrá rechazar la admisión.

ARTÍCULO 12º - DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

Las especialidades, prestaciones sanitarias y otros servicios cubiertos por esta póliza son los siguientes:

1. **Medicina Primaria:**

1.1 **Medicina general y servicio de A.T.S / D.U.E:** Asistencia Médica en consultorio, indicación y prescripción de las pruebas y medios diagnósticos básicos, durante los días y horas establecidos por el facultativo del Cuadro Médico.

1.2 **Pediatría, Neonatología y puericultura:** asistencia en consultorio para menores de catorce años, aplicándose los beneficios y normas ya citados para la Medicina general.

2. **Urgencias:**

Comprende la asistencia sanitaria en caso de urgencia, a través de una orden emitida por el médico de la Entidad Aseguradora o Asegurador. Se distinguen dos tipos de aspectos a considerar a este respecto, según el siguiente detalle:

2.1 Urgencias con derecho a ingreso, con o sin intervención. Podrán beneficiarse de esta prestación los asegurados con cobertura general, de acuerdo a la definición recogida al efecto en el apartado 1º (Definiciones), del presente condicionado.

2.2 Urgencias ambulatorias, **sin derecho a ingreso o a intervención, y de las cuales podrán beneficiarse los asegurados con cobertura limitada**, de acuerdo a la definición recogida al efecto en el apartado 1º (Definiciones), del presente condicionado.

3. **Consultas médicas:**

La presente Póliza ampara únicamente las especialidades médicas que se mencionan a continuación**, siendo imprescindible que sean prestadas por profesionales incluidos en el cuadro médico de la mutualidad.**

- Alergología.
- Anatomía patológica.
- Anestesiología y reanimación.
- Angiología y cirugía vascular.
- Aparato digestivo.
- Cardiología.
- Cirugía general y del aparato digestivo.
- Cirugía pediátrica.
- Dermatología.
- Diagnóstico por imagen.
- Endocrinología.
- Ginecología.
- Hematología.
- Medicina familiar / general.
- Medicina interna.
- Médicos y cirujanos consultores.
- Nefrología.
- Neumología.
- Neurología.
- Neurocirugía.
- Obstetricia.
- Odontoestomatología.
- Oftalmología.
- Oncología.
- Otorrinolaringología.
- Pediatría.
- Proctología.
- Psiquiatría.
- Reumatología.
- Traumatología.
- Urología.

4. **Pruebas diagnósticas:**

- Analíticas de sangre, según relación de parámetros admitidos. Se excluyen, entre otras, **las de carácter genético, intolerancia a los alimentos, prueba de nutrición, pruebas de reproducción asistida, cribado prenatal no invasivo –ADN prenatal–, esterilidad, fertilidad, hematología, el recuento de marcadores / carga viral en estudios de hepatitis. Los estudios de alergias en sangre se limitan a 3 parámetros.**

  Relación de parámetros con cobertura:

A

Ácido fólico, ácido úrico, ácido úrico en orina, ácido valproico, ácido vanilmandélico, aclaramiento de creatinina, Adrenalina plasma, adrenocorticótropa (ACTH), albúmina, aldolasa, aldosterona, Alfa-1-antitripsina, alfafetoproteína (AFP), amilasa, anticoagulante lúpico, anticuerpos: antiendomisio, antiendomisio inmunoglobulina A (IgA) (EMA), antigliadina IgA, antinucleares (ANA), antipéptido cíclico citrulinado (CCP), antiquinasa muscular (MUSK), antirreceptores de acetilcolina, anti-LKM, , HIV 1+2 y antígeno p24, IgE específicos, transglutaminasa IgA y transglutaminasa IgG. Antiestreptolisina, Antígenos: carbohidrato (CA) – 125 antígeno II, carbohidrato (CA) 15.3 antígeno, carbohidrato (CA) 19.9 antígeno, carbohidrato (CA) 27-29, carbohidrato (CA) 72.4, carbohidrato (CA) – 125 antígeno II, carbohidrato (CA) – 125 antígeno II, carcinoembrionario (C. E. A.), leucocitarios humanos (HLA) B27, nucleares extraíbles (ENA): JO-1, antirribonucleoproteína (RNP), SLC-70, SM AC, SSA/RO y SSB/LA; Antigliadina AC IgG, antitrombina III (actividad).

B

Beta 2 microglobulina, Beta-HCG (suero), Bilirrubina: directa, indirecta y total.

C

C1 inhibidor (actividad), calcio (CA), calcio orina 24 horas, calcitonina, cálculo urinario, calprotectina (heces), carbamazepina, carcinoma de células escamosas, cardiolipina AC IgM, cardiolipina AC IgG, células parietales Ac., ceruloplasmina, Chlamydia trachomatis IgG Ac., citomegalovirus IgG Ac. y IgM Ac., citoplasma Ac. (ANCA), cloro, cobre, colesterol y facciones, colinesterasa, complementos C3, C4 y CH50, coprocultivo, cortisol basal y libre (orina), creatinina, creatinina orina, creatinkinasa (CPK), creatinkinasa-MB, crioglobulinas, cromogranina A (CgA), cultivo y antibiograma, cultivo y hongos, curva de glucemia.

D

Dehidroepiandrosterona, detección de papilomavirus (CPR), diamino oxidasa (D.A.O.), digoxina, dímero D, dopamina plasma.

E

Elastasa (heces), electroforesis hemoglobina, enolasa neuronal (NSE), enzima convertidora angiotensina (ECA), Epstein-Barr IgM Ac. (VCA), espermiograma, estradiol, estriol total, estrona.

F

Factor reumatoide, factor III, fenitoína, ferritina, fibrinógeno, filtrado glomerular MDRD-4, fosfata alcalina, fósforo, fósforo orina, frotis nasal, frotis en sangre periférica, fructosa (intolerancia).

G

GAMMA-GT, gastrina, globulinas, glucosa, glucosa postprandial, GOS-AST, GPT-ALAT, grupo sanguíneo - factor Rh.

H

HDL colesterol, heces digestión, heces S. reductoras, Helicobacter Pylori-antígeno (heces), hemoglobina A1C (HbA1c), hemograma, hepatitis (determinación) tipos: A Ac. IgM, B Ac. HBc total, C Ac., B Ac. HBs y B – HbsAg; herpes I IgM Ac., herpes II IgM Ac., hidroxiprogesterona 17, hierro (Fe), histamina, histamina (plasma), homocisteína, Hormonas: de crecimiento (GH), estimulantes de tiroides (TSH), luteinizante (LH) paratiroidea (PHT, PTH -intacta).

I

Índice de saturación de transferrina, inmunoglobulina, tipos: G (IgG) y M (IgM) Ac. tuberculosis, IgA, IgG, IgM, estimulantes de tiroides (TSI) – antirreceptores TSH Ac., F (IgF) BP-3, IgD, IgE, M (IgM) y E (IgE) -supuesto limitado a 3 parámetros), insulina, intolerancia a la fructosa, intolerancia a la lactosa.

L

Lactato deshidrogenasa, lactosa (intolerancia) lamotrigina, LDL colesterol (calculado), lipasa, lípidos totales, litio, lúes (sífilis) serología tipos RPR y VDRL.

M

Magnesio, magnesio orina, Mantoux 2 U. T., metanefrinas (orina), microalbúmina, microalbuminuria (orina nocturna), microsomales AC, mioglobina (suero), mitocondriales Ac. (AMA), mononucleosis, músculo liso Ac. (SMA).

N

Neumococo (orina), niveles de la hormona foliculoestimulante (FSH), noradrenalina plasma, normetanefrina (orina).

P

Parásitos, parvovirus B-19 IgG Ac. y B-19 IgM Ac., Ph en heces, pigmentos biliares, potasio (K), potasio (orina), prealbúmina, progesterona, prolactina, proteínas, tipos: C (actividad), C (antigénica), C reactiva (PCR), S (antigénica), S libre (concentración), en orina y total; PRO-BNP, proteinograma, prueba de embarazo (GHCG), PSA prostático, PSA libre.

R

Resistencia a la proteína C activada (PCa), reticulocitos, retinol proteína fijadora, rotavirus (heces), Rubeola IgG Ac, Rubeola IgM Ac.

S

Sangre oculta en heces, screening Ac.-ENAs, sedimento urinario, serología lúes (sífilis) (TPHA), serotonina (5-hidroxitriptamina), sistemático de orina, sodio (Na), sodio en orina, somatomedina C (IGF I).

T

T3 libre tiroides, T3 total tiroides, T4 libre tiroides, T4 total tiroides, test de COOMBS directo e indirecto, test de embarazo, test de estreptococo A (faríngeo),, test de mononucleosis infecciosa, test de O'Sullivan, test de aliento (Helicobacter Pylori), testosterona, testosterona libre, TIBC (capacidad libre de fijación de hierro), tiempos de: coagulación, protrombina (PT), protrombina con INR, tromboplastina (TTPa), y hemorragia. Tinción BAAR, tinción GRAM, tiroglobulina, tiroglobulina Ac., toxoplasma IGM Ac., toxoplasma IgG Ac., transferrina, treponema Pallidum Ac. (TPHA), triglicéridos.

U

Urea, urea orina, urinocultivo y antibiograma.

V

Varicela Zoster IgG Ac., varicela Zoster IgM Ac., velocidad de sedimentación (VSG), velocidad de sedimentación globular (VSG) 1 h., VIH (1-2), vitamina B12, vitamina D 1.25 dihidroxi, vitamina D 25-hidroxi.

Z

Zinc.

- Anatomía patológica de muestras extraídas mediante las pruebas diagnósticas con cobertura, incluyendo los estudios de inmunohistoquímica (receptores hormonales, tumores indiferenciados, factores pronósticos, de biopsia cutánea, de papiloma humano y Herceptest).
- Angio – Resonancia cerebral.
- Angio – Resonancia magnética de Aorta torácica y Abdominal.
- Angio – Resonancia magnética de troncos supra – aórticos.
- Angiografía de Aorta torácica T.A.C.
- Angiografía de Aorta abdominal T.A.C.
- Angiografías (T.A.C.): arterias renales, carotidea, cerebral, miembros inferiores, miembros superiores y venosa pulmonar.
- Artro – Resonancia magnética
- Artro – TC.
- Artrocentesis.
- Artrografía simple (Rx).
- Audiometría.
- Autofluorescencia.
- Biometría ocular.
- Biomicroscopia.
- Broncoscopia.
- Campimetría.
- Cateterismo de vía lagrimal.
- Cauterización de tabique nasal.
- Cistografía (Rx).
- Citologías: exfoliativa, ginecológica múltiple, líquidos orgánicos y vaginal (cérvico – vaginal).
- Colecistopancreatografía (CPRM) con secretina.
- Colecistopancreatografía (CPRM) por Resonancia Magnética.
- Colonoscopia virtual (Colono-TAC).
- Colonoscopia.
- Colposcopia.
- Contaje endotelial.
- Contraste en pruebas diagnósticas con cobertura.
- Crioterapia dermatológica.
- Densitometría Ósea.

- Diatermia ciliar.
- Ecocardiograma.
- Ecocardiograma Doppler color.
- Ecografías: abdominal, articular, cerebral, cervical, ginecológica, mamaria, miembros, muscular, oftálmica, parótida, prostática, testicular, tiroidea, tocológica y urológica (reno – vésico – prostática).
- Electrocardiograma.
- Electrocoagulación dermatológica.
- Electroencefalograma.
- Electrolisis.
- Electromiograma (EMG).
- Electro – neuro - miografía (ENMG).
- Endoscopias.
- Enema opaco (Rx).
- Entero resonancia magnética intestinal.
- Ergometría.
- Espirometría.
- Estroboscopia.
- Estudio de abdomen, por resonancia magnética.
- Estudio de enfermedad inflamatoria intestinal, por resonancia magnética.
- Estudio del vértigo (videonistamografía + posturografía).
- Estudio esofágico (Rx).
- Estudio urodinámico.
- Estudios de anatomía patológica, para biopsias sencillas, incluido el B.A.G. de mama y punción cámara anterior (oftalmología).
- Estudios gastroduodenales (Rx).
- Exéresis dermatológica ambulatoria.
- Exploración fibroscópica de Cavum y laringe.
- Extirpación muestra ambulatoria, con o sin estudio patológico.
- Extracción Dacriolito.
- Extracción dental simple, sin cirugía.
- Exudado uretral.
- Fibroscopia.
- Fistulografía (Rx).
- Flebografía (Rx).
- Flujometría urinaria.
- Gasometría arterial.
- Gastroscopia.
- Gonioscopia.
- Histeroscopia diagnóstica ambulatoria.
- Holter de tensión arterial (un estudio anual por asegurado).
- Holter E.C.G. Dinámico (un estudio anual por asegurado).
- Ileocolonoscopia.
- Inmunohistoquímica: biopsia cutánea, factores pronósticos, Herceptest, papiloma humano, receptores hormonales y tumores indiferenciados.
- Inyecciones retrobulbares o de modificadores de órbita.
- Inyecciones subconjuntivales o intratenonianas.
- Laringoestroboscopia.
- Laringoscopia directa.
- Lavados de vías lagrimales.
- Limpieza dental – Profilaxis (una anual por asegurado).
- Mamografías: bilateral, con marcaje y unilateral.
- Manometría esofágica.
- Mielografía, por Resonancia Magnética.
- Miringotomía.
- Monitorización fetal.
- Ortopantomografía.
- Oximetría.
- Panendoscopia diagnóstica.
- Panfibrocolonoscopia diagnóstica.
- Paquimetría.
- Perimetría computerizada.
- Ph–metría esofágica.
- Pielografía ascendente (Rx.).
- Posturografía (Estudio del vértigo).
- Posturografía dinámica otorrinolaringológica.
- Profilaxis dental (una anual por asegurado).
- Protocolo de epilepsia, por resonancia magnética.
- Protocolo de esclerosis múltiple, por resonancia.
- Prueba de aliento.
- Prueba de esfuerzo.

- Prueba de vértigo.
- Pruebas alérgicas en consulta.
- Pruebas alérgicas en sangre, limitada al estudio de tres parámetros analítica / año.
- Pruebas epicutáneas.
- Pruebas vestibulares computerizadas.
- Punción aspiración con aguja fina (PAAF) bajo control de imagen.
- Punción aspiración con aguja fina (PAAF) cito preparación / interpretación.
- Punción aspiración con aguja fina (PAAF) en consulta – órganos superficiales.
- Punción aspiración con control ecográfico de mama o próstata.
- Punción de biopsia guiada mediante T.A.C.
- Punción de drenaje guiada mediante T. A. C.
- Radiografía de proyección sucesiva.
- Radiografía de una proyección.
- Radiografías dentales: simples y panorámicas (OPG)
- Rectoscopia diagnóstica.
- Resonancias Magnéticas: abdomen, arterias pulmonares, articular (rodilla y codo), bazo, cardíaca, cerebral, columna cervical, columna dorsal, columna lumbar, columna total, cuerpo entero, diafragma, difusión cerebral, enfermedad inflamatoria intestinal, estudio de fosa posterior y oído interno, fetal, hígado, mama, mediastino, medular, órbita y vías visuales, ovarios, páncreas plexo braquial, próstata (sin inclusión de antena endorrectal), protocolo de esclerosis múltiple, protocolo de epilepsia, recto, región hipofisaria, renal, suprarrenal, tórax, urografía y útero.
- Retinografía.
- Retirada de cuerpo extraño oftalmológico.
- Rinofibrolaringoscopia
- Rinofibroscopia.
- Salpingoscopia.
- Sedación en pruebas diagnósticas con cobertura.
- Sondaje lagrimal.
- Telemetría ósea de miembros inferiores.
- Telerradiografía columna completa, una proyección.
- Telerradiografía de miembros, una proyección.
- Telerradiografía oral.
- Test de broncodilatación.
- Tomografía Axial Computerizada (TAC): abdomen, caracterización L. O. E. Hepática, craneal, columna cervical, columna dorsal, columna lumbar, dental, osteoarticular, páncreas, órbita, páncreas, pelvis, perfusión cerebral, renal, rodilla dinámico, senos, silla turca, tórax.
- Tomografía de Coherencia Óptica (OCT).
- Topografía ocular.
- Tránsito esófago gastro intestinal (Rx).
- Tránsito gastroduodenal (Rx)
- Triquiasis.
- Uretrocistoscopia.
- Uretrografía retrógrada (Rx).
- Uro – TC.
- Urografía intravenosa (Rx).
- Urografía, por RM.
- Videonistamografía (Estudio del vértigo).

5. Otros servicios:

5.1 Ambulancia, **exclusivamente para servicio de Urgencias.**

Se excluyen los servicios prestados por cualquier entidad que no figure en el Cuadro Médico, en particular, los prestados por la Fundación Pública de Urgencias Sanitarias de Galicia – 061, o cualquier otro que lo sustituya en un futuro.

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

5.3 Servicio de Matronas **durante el parto.**

6. Hospitalización:

Comprende los gastos generados durante el internamiento hospitalario, ocupando el enfermo habitación convencional y cama de acompañante, siendo por cuenta de la Entidad Aseguradora o Asegurador, el tratamiento, las estancias, la manutención del Asegurado enfermo, curas y su material, así como los gastos de quirófano, productos anestésicos y medicamentos, **en casos quirúrgicos. En caso de ingresos hospitalarios sin intervención, la medicación será a cargo del asegurado.**

Si el Asegurado selecciona una habitación con antesala o una suite, deberá pagar la diferencia entre ésta y una habitación convencional.

A continuación, se detallan las hospitalizaciones cubiertas por la Póliza:

- Hospitalización médica **(*)**
- Hospitalización pediátrica **(*)**
- Hospitalización quirúrgica **(*)**

El período máximo de estancia hospitalaria será la que se indica:

- **50 días / año en casos quirúrgicos.**
- **30 días / año en casos de enfermedades mentales.**
- **10 días / año, sin cobertura de medicación, en casos no quirúrgicos.**

7. Cirugías:

Angiología y cirugía vascular - 07

Amputación de extremidad a cualquier nivel (excepto dedos y grandes articulaciones).
Varices.

Aparato digestivo – 08

Anuscopia / Anoscopia (proctoscopia) con biopsia.
Colonoscopia total (hasta ciego) o ileoscopia. Biopsia.
Cuerpo extraño. Extracción por vía endoscópica.
Panendoscopia oral diagnostica. Biopsia.
Papilotomía endoscópica. Esfinterotomía endoscópica.

Cirugía general y del aparato digestivo - 11

Anuscopia / Anoscopia (proctoscopia) con biopsia.

Absceso perianal o glúteo. Drenaje quirúrgico.

Absceso. Desbridamiento drenaje.
Apendicetomía por laparotomía o laparoscopia.
Avulsión ungueal: uña incarnata, onicogrifosis. Tratamiento quirúrgico.
Cirugía del frenillo. Frenulectomía.
Colecistectomía por laparotomía o por laparoscopia.
Colectomía.
Colostomía.
Cuerpos extraños superficiales o subcutáneos. Extracción.
Eventración o evisceración sin resección intestinal.
Eventración o evisceración sin resección intestinal. Plastia abdominal.
Fístula anal. Fistulectomía o fistulotomía.
Fístula anal o perianal reproducida o multioperada.
Fístula sacrocoxigea, quiste dermoide. Tratamiento quirúrgico.
Fisura anal. Fisurectomía y esfinterotomía.
Gastrectomia (por tumoración intestinal).
Hematomas subungueales. Drenaje.
Hemitiroidectomía (con o sin istmectomía).
Hemorroidectomía.
Hernia estrangulada con o sin resección intestinal.
Hernia inguinal y/o crural bilateral, por laparotomía o por laparoscopia.
Hernia inguinal y/o crural unilateral, por laparotomía o por laparoscopia.
Hernia umbilical. Tratamiento quirúrgico.

Higromas, bursitis, gangliones y quistes sinoviales. Extirpación.
Laparoscopia diagnóstica. Biopsia.
Mastectomía radical con vaciamiento axilar.
Mastectomía simple, con o sin vaciamiento axilar.
Prolapso rectal. Tratamiento quirúrgico vía perianal.
Tiroidectomía total con disección radical cuello.
Tiroidectomía total o subtotal.
Trombo hemorroidal. Trombectomía.
Tumor maligno cutáneo. Extirpación quirúrgica y cierre directo.
Tumor rectal. Pólipo rectal. Exéresis o electrocoagulación.
Tumoración de partes blandas profundas. Extirpación.
Tumorectomía de mama. Cuadrantectomía.
Tumores benignos cutáneos (quiste epidérmico, nevus, lipomas, angiomas, etc.).
(una o varias lesiones). Extirpación.

Cirugía pediátrica - 13

Circuncisión. Fimosis.
Cirugía del frenillo. Frenulectomía.
Hernia inguinal y/o crural bilateral, por laparotomía o por laparoscopia.
Hernia inguinal y/o crural unilateral, por laparotomía o por laparoscopia.
Hernia umbilical. Tratamiento quirúrgico.

Neumología - 27

Broncoscopia terapéutica. Extracción cuerpo extraño o tapón mucoso.
Toracocentesis.

Neurocirugía - 28

Artrodesis.
Estenosis canal raquídeo. Tratamiento quirúrgico.
Hernia de disco (excepto cervical). Tratamiento quirúrgico. Microcirugía.
Hernia discal cervical. Discectomía.
Laminectomía cervical.
Laminectomías dorsales o lumbares.

Obstetricia y Ginecología - 31

Anexectomía, unilateral o bilateral.
Asistencia y control al parto y puerperio (normal o distócico, único o múltiple, urgente o programado).
Biopsia quirúrgica de mama.
Cesárea, urgente o programada.
Cesárea con histerectomía postparto, urgente o programada.
Cirugía radical abdominal de útero y anejos, con linfadenectomía.
Conización de cuello uterino.
Glándula de Bartholin. Extirpación.
Histerectomía subtotal.
Histerectomía total.
Histerectomía total con anexectomía.
Laparoscopia diagnostica. Biopsia.

Legrado uterino ginecológico.
Legrado uterino por aborto. Urgente o programado.
Legrado uterino post - parto. Urgente o programado.
Mastectomía radical con vaciamiento axilar.
Mastectomía simple, con o sin vaciamiento axilar.
Miomectomía.
Miomectomía por histeroscopia.
Miomectomía por laparoscopia.
Ovariectomía u ooforectomía.
Polectomía por histeroscopia.
Polipectomía por histeroscopia.
Pólipos cervicales, vaginales y vulvares. Extirpación.
Quiste de ovario por laparoscopía.
Quiste de ovario. Quistectomía.
Quiste de ovario. Quistectomía por laparoscopia.
Rectocele.
Tumorectomía de mama. Cuadrantectomía.
Vaciamiento axilar.

Oftalmologia - 32

Cataratas. Extracción extracapsular.
Cataratas. Extracción por facoemulsificación.
Chalazión único. Tratamiento quirúrgico.
Papiloma.
Sondaje lagrimal, unilateral o bilateral.
Tumor o quiste palpebral. Extirpación simple.
Vitrectomía.

Otorrinolaringología - 35

Adenoidectomía.
Amigdalectomía.
Cirugía de cornetes. extracción cola de cornetes. Extirpación de cornetes.
Cirugía endoscópica naso – sinusal, unilateral o bilateral.
Faringoplastia.
Microcirugía de laringe.
Miringotomía simple, unilateral o bilateral.
Miringotomía y colocación tubos drenaje, unilateral o bilateral.
Septoplastia.
Timpanoplastia.

Traumatología y cirugía ortopédica - 40

Acromio-plastia por artroscopia.
Amputación exclusiva de uno o más dedos.
Artrodesis.
Artroplastia de cadera.
Artroplastia de codo.
Artroplastia de hombro.
Artroplastia de rodilla.

Artroplastias parciales grandes articulaciones.
Cuerpo libre articular. Extracción por artroscopia.
Cuerpos extraños profundos. Extracción quirúrgica.
Dedo en martillo, en garra o en resorte.
Enfermedad de Dupuytren (una mano). Tratamiento quirúrgico.
Epicondilitis, epitrocleitis y estiloiditis. Tratamiento quirúrgico.
Extracción de clavos o material osteosíntesis.
Fasciotomía.
Fractura arrancamiento base quinto metatarsiano. Tratamiento quirúrgico.
Fractura cabeza de peroné. Tratamiento quirúrgico.
Fractura cabeza radial con desplazamiento. Tratamiento quirúrgico. Resección.
Fractura calcáneo. Tratamiento quirúrgico, osteosíntesis.
Fractura clavícula. Tratamiento quirúrgico.
Fractura conminuta tibia y peroné, pseudoartrosis. Tratamiento quirúrgico.
Fractura cuello de fémur. Tratamiento quirúrgico.
Fractura cuello de húmero. Tratamiento quirúrgico.
Fractura diáfisis cúbito, radio o ambos. Pseudoartrosis. Tratamiento quirúrgico.
Fractura diáfisis fémur con desplazamiento. Tratamiento quirúrgico.
Fractura diáfisis húmero con desplazamiento. Tratamiento quirúrgico.
Fractura diáfisis tibia o peroné. Tratamiento quirúrgico.
Fractura extremidad inferior radio desplazada. Tratamiento quirúrgico.
Fractura falange con desplazamiento. Tratamiento quirúrgico.
Fractura fémur per-sub y trocantérea. Tratamiento quirúrgico.
Fractura huesos carpo y tarso. Tratamiento quirúrgico.
Fractura luxación cuerpos vertebrales (excepto columna cervical).
Fractura luxación de Monteggia. Tratamiento quirúrgico.
Fractura metacarpianos. Tratamiento quirúrgico.
Fractura metatarsianos. Tratamiento quirúrgico.
Fractura olecranon o apófisis coronoides. Tratamiento quirúrgico.
Fractura rotula. Tratamiento quirúrgico.
Fractura supra o intercondílea fémur. Tratamiento quirúrgico.
Fractura supracondílea húmero con desplazamiento. Tratamiento quirúrgico.
Fracturas asociadas cubito y radio. Tratamiento quirúrgico.
Fracturas maleolares.
Fracturas maleolares con luxación de pie. Tratamiento quirúrgico.
Hematomas subungueales. Drenaje.
Heridas de mayor cuantía, desgarros musculares. Sutura.
Higromas, bursitis, gangliones y quistes sinoviales. Extirpación.
Hombro, codo, rodilla, etc. movilización ortopédica bajo anestesia.
Lesiones complejas con ligamentos y meniscos. Tratamiento por artroscopia.
Meniscectomía. Tratamiento por artroscopia.
Metatarso varo, pie equino o adducto. Corrección quirúrgica.
Neuroma de Morton.
Pie equino, talo, zambo, cavo, plano, adducto. Yesos correctores, unilateral o bilateral.
Plastias ligamentosas, una o varias mismo miembro.

Reconstrucción ligamentos cruzados rodilla, cada uno. Tratamiento quirúrgico.
Reducción ortopédica e inmovilización de fractura de colles.
Reducción ortopédica e inmovilización de fracturas y/o luxaciones de antebrazo, muñeca y mano.
Reducción ortopédica e inmovilización de fracturas y/o luxaciones de cadera, fémur y rodilla.
Reducción ortopédica e inmovilización de fracturas y/o luxaciones de cintura escapular, brazo y codo.
Reducción ortopédica e inmovilización de fracturas y/o luxaciones de pierna, tobillo y pie.
Reducción ortopédica, osteosíntesis percutánea e inmovilización de fracturas y/o luxaciones de cadera, fémur y rodilla.
Reducción ortopédica, osteosíntesis percutánea e inmovilización de fracturas y/o luxaciones de cintura escapular, brazo y codo.
Rotura tendón supraespinoso o manguito rotadores. Tratamiento por artroscopia.
Síndrome compresivo de túnel carpiano. Tratamiento quirúrgico.
Síndromes compresivos nervios periféricos. Tratamiento quirúrgico.
Sinostosis radio-cubital. Tratamiento quirúrgico.
Sinovectomía de muñeca por artroscopia.
Sinovectomías (cadera, rodilla). Tratamiento quirúrgico o por artroscopia.
Sutura tendones flexores de la mano múltiple.
Tendón de Aquiles, cuádriceps o rotuliano. Rotura, alargamiento.
Tenorrafias (excepto flexores). Tenodesis.
Tenosinovitis estenosante. Tratamiento quirúrgico.

Urología - 41

Adenomectomía prostática.
Biopsia punción prostática ecodirigida.
Biopsia quirúrgica urológica.
Cálculos ureterales. extracción por vía endoscópica.
Cálculos, cuerpos extraños urológicos. extracción por cistoscopia.
Cateterismo ureteral.
Circuncisión. Fimosis.
Cistoscopia diagnostica. Biopsia.
Hidrocele bilateral. tratamiento quirúrgico.
Hidrocele unilateral. tratamiento quirúrgico.
Meatotomía.
Nefrolitotomía percutánea.
Nefrostomía percutánea.
Nefrotomía. Nefrolitotomía.
Orquiectomía bilateral.
Pieloplastia.
Pólipos uretrales. resección quirúrgica.
Prostatectomía radical ampliada, linfadenectomía.
Rectocele.
Resección transuretral de próstata.
Resección transuretral de tumores vesicales.
Resecciones transuretrales de neoformaciones ureterales.
Talla vesical o cistostomía.
Torsión Cordón espermático. Tratamiento quirúrgico.

Ureterolitotomía.
Ureterorrenoscopia diagnóstica. Biopsia.
Ureterorrenoscopia quirúrgica.
Uretrotomía endoscópica.
Uretrotomía interna y externa.
Varicocele. Tratamiento quirúrgico.

Los asegurados que se den de alta a partir del 1 de enero de 2027 deberán asumir el 15% del importe de las cirugías que, estando cubiertas por la mutualidad, realicen con cargo al seguro.

ARTÍCULO 13º- FORMA DE PRESTAR LOS SERVICIOS

Por la presente Póliza, la Entidad Aseguradora o Asegurador asume, en los términos y con los límites que se expresan en las presentes Condiciones Generales, en las Particulares y Suplementos que se emitan, la asistencia médica y quirúrgica en el ámbito territorial de Galicia, según la práctica usual, tanto en régimen ambulatorio como hospitalario de las enfermedades o lesiones comprendidas en la descripción de los servicios de la Póliza. Según dispone el artículo 103 de la Ley de Contrato de Seguro, la Entidad Aseguradora o Asegurador asume la necesaria asistencia de carácter urgente de acuerdo con lo previsto en las Condiciones de la Póliza.
De conformidad con lo previsto en las disposiciones reglamentarias aplicables, **la asistencia sanitaria se prestará en Galicia, limitándose al cuadro médico concertado.** Los Asegurados podrán acudir libremente a las consultas de los facultativos especialistas que forman parte del cuadro médico de la Entidad Aseguradora o Asegurador. Además, la Entidad Aseguradora o Asegurador podrá asignar al Asegurado el médico general, o de familia y, en su caso, pediatra o puericultor, de entre los que figuran en su Cuadro Médico, a fin de adscribirle a sus servicios como médico de referencia.

No estarán cubiertos por esta póliza los procedimientos, asistencias, consultas, medios diagnósticos o cualquier otro acto prescrito u ordenado por un facultativo mientras no estén incluidos en las prestaciones objeto de cobertura de esta póliza.

El Asegurador no se hace responsable de los honorarios de facultativos ajenos a su lista de profesionales médicos, ni de los gastos de internamiento y de los servicios que los mismos pudieran prescribir.

1. **Libertad de elección de médicos**

   Los Asegurados podrán acudir libre y directamente a los facultativos de medicina primaria y especialistas que formen parte la lista de facultativos del Asegurador que en cada momento se encuentre vigente.

2. **Participación del asegurado en el coste de los servicios, en el caso de establecerse "copago / "coparticipación"**

   En caso de establecerse coparticipación en el coste de la prestación, el Asegurado abonará por cada acto médico realizado o recibido, es decir, cada una de las prestaciones facturadas por el médico a Unión de Artesanos, el importe que en concepto de copago o participación en el coste que de los mismos se establezca en las CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA DE SALUD o, en su caso en las CONDICIONES PARTICULARES.

   En este supuesto, el Asegurador remitirá periódicamente al Tomador del seguro un extracto comprensivo de los servicios que hubieran utilizado los Asegurados incluidos en la póliza, junto con el importe de los copagos correspondientes a los mismos.

   El cobro de la cantidad total resultante se efectuará mediante recibo domiciliado en la cuenta bancaria que el Tomador haya designado para el pago de la prima.

   El importe de los copagos podrá ser actualizado por el Asegurador, de conformidad con lo establecido en artículo 8 de las presentes Condiciones Generales.

3. **Servicio de Consultas, enfermería y Urgencias**

   Para la utilización de los servicios es imprescindible la presentación de la tarjeta Sanitaria que le identifique como Asegurado de Unión de Artesanos.

   Al asistir a la consulta, enfermería o Urgencias el Asegurado deberá entregar el talón correspondiente de la Entidad Aseguradora o Asegurador.

   El servicio de urgencia deberá solicitarse acudiendo directamente al Centro de Urgencias que el Asegurador tiene establecido, cuya dirección y teléfono figura en la lista de facultativos.

4. **Realización del diagnóstico y presupuesto:** el profesional sanitario, una vez realizado el diagnóstico oportuno, realizará un presupuesto respetando los precios máximos recomendados en vigor (en caso de servicios con coste asociado), que deberá ser consultado con la póliza, por el Asegurado antes de iniciar el tratamiento.

5. **Acreditación de los Asegurados**

   Al solicitar los servicios asistenciales, el Asegurado deberá exhibir la tarjeta individual Unión de Artesanos, que el Asegurador le entregará a tal efecto, en el momento del alta. El Asegurado deberá cumplimentar los apartados correspondientes en el cheque asistencial, incluyendo su firma.

   Cuando el médico o el centro que preste el servicio lo estimen conveniente, podrán requerir también el Documento Nacional de Identidad a las personas obligadas a poseerlo.

6. **Autorizaciones de prestaciones**

   Con carácter general, será necesaria la previa autorización expresa de la Entidad Aseguradora o Asegurador para intervenciones quirúrgicas, hospitalizaciones, médicos consultores, determinados métodos terapéuticos y pruebas diagnósticas, siendo para ello imprescindible disponer de la previa prescripción escrita por parte de facultativos pertenecientes al Cuadro Médico de la Entidad Aseguradora o Asegurador.

   La Entidad Aseguradora o Asegurador otorgará esta autorización, salvo que entendiese que se trata de una prestación no cubierta por la Póliza. Dicha autorización vinculará económicamente a la Entidad Aseguradora o Asegurador.

   No obstante, lo establecido en el párrafo anterior, en los casos de emergencia será suficiente, a estos efectos, la orden del médico de la Entidad Aseguradora o Asegurador, debiendo el Asegurado notificar el hecho a la Entidad Aseguradora o Asegurador y obtener su confirmación dentro de las setenta y dos (72) horas siguientes al ingreso en el centro médico asistencial o a la prestación del servicio. En estos supuestos de urgencia, la Entidad Aseguradora o 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.

   Documentación que deberá presentar el Asegurado en caso de prestaciones que requieran de autorización:

   El Asegurado deberá facilitar, a su solicitud, el informe clínico en el que se hagan constar los antecedentes, la fecha de inicio, la fecha de diagnóstico, las causas y el origen y evolución de la dolencia sufrida.

   El Asegurado deberá obtener confirmación previa de la prestación por parte del Asegurador, que otorgará esta confirmación salvo que entendiese que se trata de una prestación no cubierta por la póliza, o relacionada o preparatoria de una prestación no cubierta. Una vez otorgada la confirmación escrita, el Asegurador quedará vinculado económicamente.

ARTÍCULO 14º- RESPONSABILIDAD.

La Entidad Aseguradora o Asegurador manifiesta que la obligación asumida consiste en brindarles a sus Asegurados el beneficio de ser atendido por los Centros Sanitarios y por los Facultativos que formen parte de su Cuadro Médico, los cuales se encuentran legalmente autorizados para el ejercicio de tales actividades. En consecuencia, la Entidad Aseguradora o Asegurador no asume responsabilidad técnica, ni profesional por la propia actividad de dichas entidades o profesionales de la medicina, constituyéndose en un simple intermediario que canaliza la atención médica de los Asegurados, asumiendo el pago de las prestaciones cubiertas por estas Condiciones Generales.

ARTÍCULO 15 - PERÍODOS DE CARENCIA

Los períodos de carencia serán computados desde el momento de entrar en vigor la Póliza o de la fecha de alta del Asegurado en la misma.

Las prestaciones que precisaran haber cumplido los períodos de carencia previa para poder ser asumidas por el Asegurador, son:

- **Período de carencia de cero (0) meses:**

  Para atención de médicos especialistas y pruebas diagnósticas.

- **Período de carencia de diez (10) meses:**

  Para hospitalización, ingreso hospitalario e intervención de cualquier tipo. Una vez cumplido el período de carencia estipulado se asumirá dicha prestación.

  Dicho período no surtirá efectos cuando el nuevo Mutualista o Beneficiario disponga, durante el mes anterior a la firma de la póliza, de un seguro privado de asistencia sanitaria con coberturas similares a las recogidas en las presentes Condiciones Generales y duración de, al menos, una anualidad en la compañía aseguradora anterior.

- **Los recién nacidos que se incorporen como beneficiarios de la póliza de sus progenitores no estarán acogidos a los periodos de carencia anteriormente indicados, siempre y cuando el alta se produzca durante los 30 días posteriores al nacimiento y la permanencia como asegurado de la Entidad Aseguradora o Asegurador de al menos uno de los progenitores hubiese superado dichos períodos de carencia.**

ARTÍCULO 16º- RIESGOS EXCLUIDOS

Quedan excluidos de las prestaciones establecidas en las Condiciones Generales, Particulares y Suplementos de la presente Póliza los gastos médicos y/u hospitalarios correspondientes a:

1. **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 aquéllos.**

   El Tomador del Seguro, en su nombre y en nombre de los beneficiarios y/o cada uno de estos, está obligado a manifestar en el momento de suscribir el formulario de solicitud del seguro, si padecen o han padecido cualquier tipo de lesiones o enfermedades, especialmente aquellas de carácter recurrente, congénitas, o que precisen o hubieran precisado estudios, pruebas diagnósticas o tratamientos de cualquier índole; o en el momento de la suscripción padecieran síntomas o signos que pudieran 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 Aseguradora o Asegurador 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 la 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 aquéllos.

2. **La asistencia sanitaria o tratamientos que se precisen como consecuencia de enfermedades o accidentes laborales, profesionales, los producidos con motivo de la práctica de cualquier deporte, la derivada de la utilización de vehículos a motor, actividades de alto riego, tales como: toreo, encierro de reses, actividades de navegación o en aguas bravas, actividades de aviación, puénting, etc.**
3. **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 la Entidad Aseguradora o Asegurador, salvo lo previsto en la Cláusula 13 "Forma de prestar los servicios", a través de cuadro médico.**
4. **Los reconocimientos médicos generales de carácter preventivo.**
5. **La asistencia sanitaria derivada de alcoholismo crónico, drogadicción, intoxicaciones debidas al abuso del alcohol, de psicofármacos, estupefacientes o alucinógenos, intento de suicidio y autolesiones, así como la asistencia sanitaria por enfermedades o accidentes sufridos por dolo del Asegurado.**
6. **La asistencia sanitaria de toda clase de enfermedades, lesiones, accidentes y sus secuelas, defectos o deformaciones congénitas o preexistentes, diagnosticadas previamente a la fecha de efecto del alta de cada Asegurado en la póliza, así como la de aquellos signos, síntomas, que pudieran considerarse como el inicio de alguna patología, o bien que hubieran precisado con anterioridad de estudios, pruebas diagnósticas o tratamientos de cualquier índole, salvo que dicha enfermedades, lesiones, accidentes, síntomas, defectos o deformaciones hayan sido declaradas por el Tomador o Asegurado en el cuestionario de salud y expresamente aceptada su cobertura por el Asegurador en las Condiciones Particulares.**
7. **La asistencia sanitaria por enfermedades o lesiones producidas como consecuencia de guerras civiles, internacionales o coloniales, invasiones, insurrecciones, rebeliones, 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.**
8. **Enfermedades o accidentes que guarden relación directa o indirecta con radiación nuclear o contaminación radiactiva, así como los que provengan de cataclismos como terremotos, inundaciones, erupciones volcánicas y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos.**
9. **Queda expresamente excluido cualquier medio de diagnóstico para los trastornos del sueño.**
10. **Los estudios de Medicina Nuclear, marcadores o Radiofármacos (Gammagrafías de cualquier tipo, Tomografía por Emisión de Protones (PET), Exploraciones de ventriculografía nuclear (MUGA), imágenes**

por radionúclidos, exploración nuclear, así como medicamentos de cualquier clase fuera del régimen de hospitalización quirúrgica.

11. **Los productos farmacéuticos fuera del régimen de hospitalización. Así como vacunas de todo tipo y productos de parafarmacia.**
12. **Actos relacionados con tratamientos de carácter oncológico, tales como Quimioterapia, Radioterapia y similares.**
13. **Quedan expresamente excluidos todos aquellos procedimientos diagnósticos y terapéuticos cuya seguridad y eficacia clínicas no estén debidamente contrastadas científicamente o hayan quedado manifiestamente superadas por otras disponibles. Igualmente, quedan excluidos aquellos procedimientos, de carácter experimental o que no tengan suficientemente probada su contribución eficaz a la prevención, tratamiento o curación de las enfermedades, conservación o mejora de la esperanza de vida, auto valimiento y eliminación o disminución del dolor y el sufrimiento y los que consisten en meras actividades de ocio, descanso, confort o deporte. Los tratamientos en balnearios y curas de reposo.**
14. **Tratamientos, inclusive la cirugía, encaminados a solventar la esterilidad o infertilidad, en ambos sexos (fecundación in vitro, inseminación artificial, hormona AMH o anti-Mulleriana, etc.) y la interrupción voluntaria del embarazo, así como las pruebas diagnósticas relacionadas con dicha interrupción. Está excluido el estudio, diagnóstico y tratamiento (inclusive la cirugía) de la impotencia y de la disfunción eréctil, así como la cirugía de cambio de sexo.**
15. **La asistencia sanitaria del S. I. D. A., las enfermedades causadas por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.).**
16. **Los tratamientos y estudios posteriores al diagnóstico de la Hepatitis, en particular cualquier tipo de tratamiento o asistencia sanitaria derivada de la Hepatitis C y el recuento de R.N.A. de la Hepatitis B o C.**
17. **Los trasplantes de órganos, tejidos, células, componentes celulares, así como las bombas implantables para la infusión de medicamentos, electrodos de estimulación medular y transfusiones de sangre (hemoderivados, plaquetas, …)**
18. **Tratamientos crónicos de diálisis y hemodiálisis. Actos, en general, de la especialidad de Nefrología, excepto consultas.**
19. **Las intervenciones, infiltraciones y tratamientos, así como cualquier otra intervención que tenga un carácter puramente estético o cosmético. Igualmente quedan expresamente excluidas, cualquier tipo de patologías o complicaciones que pudieran manifestarse en un momento posterior y que estén directa y principalmente causadas por haberse sometido el Asegurado a una intervención, infiltración o tratamiento de los anteriormente señalados de naturaleza puramente estética o cosmética. Están excluidos los tratamientos capilares con finalidad estética. Atención médica, estudios, tratamientos, hospitalización y cirugía por: alteraciones de crecimiento, obesidad y reducción de peso.**
20. **Las medicinas alternativas, los tratamientos en asilos, residencia, balnearios y similares, naturopatía, homeopatía, acupuntura, mesoterapia, hidroterapia, magnetoterapia, presoterapia, ozonoterapia, psicología, narcolepsia ambulatoria, sofrología, test neuropsicológicos y psicométricos, psicoanálisis, hipnosis, curas de reposos y sueño, podología, logopedia, fisioterapia y rehabilitación de cualquier tipo, así como los cuidados sociosanitarios y/o paliativos.**
21. **Las correcciones quirúrgicas de la miopía, hipermetropía o astigmatismo, estrabismo, presbicia y cualquier otra patología refractiva ocular. La Angiofluoresceingrafía. Asimismo, se excluye el crosslinking como tratamiento para el queratocono y la implantación de segmentos/anillos y todos aquellos tratamientos, implantes y técnicas quirúrgicas y/o terapéuticas que empleen el láser y no estén recogidas en el Artículo 12 de las presentes Condiciones Generales.**
22. **Las técnicas quirúrgicas o procedimientos terapéuticos que usan el láser, salvo las técnicas que usan el láser quirúrgico en intervención de hemorroides y varices en miembros inferiores.**
23. **La hospitalización por problemas de tipo social. Tratamientos Psiquiátricos: Psicoanálisis, psicoterapia, hipnosis, narcolepsia, test psicológicos e internamiento de pacientes afectos de demencias (Alzheimer) y similares.**
24. **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.**
25. **Tratamientos Odontológicos del tipo: Empastes, prótesis dentarias, endodoncias, ortodoncias, implantes y pruebas diagnósticas referidas a estos tratamientos, salvo las incluidas en el artículo 12 de las presentes Condiciones Generales. Las obturaciones, colocación de prótesis dentales, ortodoncias, periodoncias, implantes y similares.**
26. **Queda excluido cualquier tipo de material ortopédico, las órtesis, los fijadores externos, los materiales biológicos o sintéticos, los injertos, las mallas, prótesis, implantes, material de osteosíntesis, osteointegrados y similares, las endoprótesis valvulares (pulmonar o aórticas) y dispositivos similares a**

través de catéter, en procedimientos percutáneos / transapicales, bombas implantables, prótesis de todo tipo, las lentes intraoculares multifocales, así como el desfibrilador automático implantable. Quedan excluidas las infiltraciones con factores de crecimiento autólogos (plasma rico en factures de crecimiento) y /o concentrados plaquetarios y componentes celulares.

27. Los gastos por viaje y desplazamientos, salvo la ambulancia en los términos contemplados el punto 5 del Artículo 12. Quedan excluidos los traslados requeridos, independiente de que el régimen sea ambulatorio o de ingreso, para cualquier consulta, prueba diagnóstica o quirúrgica.
28. Queda excluida cualquier prueba genética, así como todas aquellas que tengan como finalidad conocer la predisposición del asegurado o de su descendencia presente o futura a padecer enfermedades relacionadas con alteraciones genéticas. También queda expresamente excluido las pruebas de paternidad o de parentesco, la obtención de mapas genéticos de riesgo de tumores y la farmacogenética, con finalidad preventiva o predictiva, la secuenciación masiva de genes o cariotipo molecular, las técnicas de hibridación genómica comparada, y las plataformas que utilizan técnicas como "microarrays" o similares con interpretación automatizada de los resultados, así como cualquier otra técnica genética y /o de biología molecular que se solicite con fin pronóstico o diagnóstico.
29. Se excluyen las técnicas diagnósticas quirúrgicas y tratamientos de nueva aparición no incluidos en la presente Póliza.
30. Se excluye cualquier tipo de servicio relacionado con patologías no cubiertas, así como complicaciones que se deriven de éstas.
31. La biopsia de médula ósea.
32. Se excluyen, expresamente, tratamientos e intervenciones quirúrgicas tales como la Dacriocistitis (Reconstrucción Lagrimal), Electrocoagulación de cérvix / cervical, Hipospadias, Láser Yag, Cirugía Bariátrica (obesidad mórbida), Pterigium, Entropión y Ectropion, Dermatochalasis, Ptosis palpebral, Blefaroplastia, Rinoplastia, Ligamentoplastia con injerto, Hallux valgus, Hernia de Hiato, Rinoplastia.
33. Quedan excluidos los Honorarios de Facultativos ajenos al Cuadro Médico de La Entidad Aseguradora o Asegurador, así como los gastos de internamiento y de servicios médicos, tratamientos quirúrgicos o pruebas de diagnóstico, que dichos facultativos ajenos pudieran ordenar. La Entidad Aseguradora o Asegurador no se hace responsable de los gastos de internamiento ni de los servicios médicos o quirúrgicos, originados en centros privados o públicos no concertados con el Asegurador.
34. Cirugía cardiovascular, y toda intervención de carácter cardiológico, así como los tratamientos y estudios, previos o posteriores, que pudieran derivarse de dichas actuaciones, tales como coronario-grafías, Angioplastia Coronaria Transluminal Percutáneca (ACTP), Stents, Cateterismos y cualquier tipo de prótesis, válvulas y material protésico usado en este tipo de actos.
35. Uso de Navegadores, Neuro – navegadores y similares.
36. Tratamientos, estudios, técnicas y otras actuaciones posteriores al diagnóstico del ictus.
37. Medicación y materiales desechables en casos de ingresos hospitalarios sin intervención.
38. Se limita a tres parámetros las pruebas de alergia en sangre.
39. Se limita la profilaxis dental a una anual por asegurado.
40. Se limita a un estudio de holter anual (E.C.G. Dinámico y/o de presión arterial) por asegurado.
41. Los tratamientos que tengan como finalidad recuperar la funcionalidad del área bucodental, como cirugía ortognática, pre - implantológica y pre - prótesis.
42. Los servicios de ambulancia prestados por cualquier entidad que no figure en el Cuadro Médico, en particular, los prestados por la Fundación Pública de Urgencias Sanitarias de Galicia – 061, o cualquier otro que lo sustituya en un futuro.
43. Se excluye cualquier Servicio, Tratamiento Médico o Quirúrgico no mencionado en la Cláusula Nº 12 "Coberturas del Seguro" de estas Condiciones Generales.
44. Toda intervención quirúrgica y/o cirugía no incluida en el apartado "cirugías", del apartado 7, de la cláusula 12 del presente condicionado.

ARTICULO 17º - PÉRDIDA DE DERECHOS DEL ASEGURADO.

El Asegurado pierde el derecho a las prestaciones garantizadas en las Condiciones Generales, Particulares y Suplementos de la presente Póliza:

a. Si al cumplimentar el formulario de solicitud del seguro, 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, la Entidad Aseguradora o Asegurador podrá rescindir el contrato durante los treinta días (30) siguientes a la fecha en que haya tenido conocimiento de dicha omisión (Art. 10 de la Ley de Contrato de Seguro).

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

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

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

ARTÍCULO 18 – RESCISIÓN DE LA PÓLIZA

El tomador podrá rescindir el contrato cuando se varíe la lista de facultativos correspondiente a su provincia en más de un 50%, debiendo notificar tal decisión al Asegurador por cualquier medio fehaciente. No será de aplicación esta norma cuando se trate de sustituciones transitorias originadas por causa justificada, o se refiera a médicos de técnicas quirúrgicas especiales, así como a odontólogos, analistas y electro - radiólogos.

ARTÍCULO 19º - PRESCRIPCIÓN

Las acciones del Tomador del Seguro y del Asegurado para reclamar judicialmente contra el rechazo de una prestación prescriben a los cinco (5) años, a contar desde la fecha en que pudieran ejercitarse.

ARTÍCULO 20º- CONTROL E INSTANCIAS DE RECLAMACIÓN

El control de la actividad de la Entidad Aseguradora corresponde a la Dirección Xeral de la Xunta de Galicia con competencias en materia de Mutualidades de Previsión Social.

Los Mutualistas o terceros afectados pueden presentar quejas o reclamaciones relacionadas con sus intereses y derechos legalmente reconocidos.

Estas reclamaciones o quejas deberán ser presentadas por escrito en cualquier servicio de la Mutualidad o en la Sede del Servicio de Atención al Mutualista, personalmente o mediante representación en soporte papel o bien mediante correo electrónico.

La dirección postal a la que se deberán remitir los escritos es: General Pardiñas nº 9-11, Entreplanta, Santiago de Compostela.

El Servicio dispondrá de un plazo de un mes, a contar desde la presentación ante ellos de la queja o reclamación, para dictar un pronunciamiento, pudiendo el reclamante a partir de la finalización de dicho plazo acudir al Servicio de reclamaciones de la Dirección Xeral de la Xunta de Galicia con competencias en materia de Mutualidades de Previsión Social.

Las quejas o reclamaciones no presentadas directamente ante el Servicio de Atención al Mutualista serán remitidas a éste en el menor plazo posible, siempre que no hayan sido previamente resueltas a favor del Mutualista por el Servicio al que se dirigían.

Estas reclamaciones sólo se admitirán a trámite una vez, no pudiendo reiterarlas el interesado ante distintos órganos de la Mutualidad.

El Servicio receptor de dicha queja o reclamación entregará un acuse de recibo por escrito en el que informará de la instancia competente para la resolución de la misma y el número de expediente que se le ha asignado.

ARTÍCULO 21 - SUBROGACIÓN

El Asegurado debe facilitar la Subrogación a la Entidad Aseguradora o Asegurador, quien podrá ejercitar los derechos y las acciones que por razón del siniestro correspondieran al Asegurado frente a las personas responsables del mismo.

La Entidad Aseguradora o 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.

En caso de concurrencia de la Entidad Aseguradora o Asegurador y de Asegurado frente a tercero responsable, el recobro obtenido se repartirá entre ambos en proporción a su respectivo interés.

ARTÍCULO 22º - COMUNICACIONES Y JURISDICCIÓN

1. Las comunicaciones a la Entidad Aseguradora por parte del Tomador del Seguro, del Asegurado o Beneficiario se realizarán en el domicilio social de aquel señalado en la póliza.

Las comunicaciones de la Entidad Aseguradora o Asegurador al Tomador del Seguro, al Asegurado o Beneficiario, se realizarán en el domicilio de estos recogido en la Póliza, salvo que hubiesen notificado el cambio de su domicilio a la Entidad Aseguradora o Asegurador.

2. El presente contrato queda sometido a la jurisdicción española y, dentro de ella será el Juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del mismo.

Este contrato de seguro comprende de forma inseparable las Condiciones Generales que anteceden, las Condiciones Particulares, las Especiales, si las hubiera, y los apéndices que recojan las modificaciones de todo ello acordadas por las partes.

ARTÍCULO 23º - TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

En su calidad de Usuario, Unión de Artesanos, Mutualidad de Previsión Social a Prima Fija, le informa de su política de protección de datos de carácter personal para que libre y voluntariamente pueda decidir facilitar a cualquiera de las Entidades que componen nuestro Cuadro Médico los datos personales que le podamos requerir para acceder a los distintos servicios y contenidos en las presentes Condiciones Generales. Los datos

de carácter personal sólo se recogerán para su tratamiento cuando sean adecuados, pertinentes y no excesivos en relación con el ámbito y las finalidades para las que se hayan obtenido. En la medida de lo posible y con su colaboración, como Usuario y titular de los datos de carácter personal, serán puestos al día de forma que respondan con veracidad a la situación actual del Usuario. Conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, le informamos de que:

1. Dependiendo de los servicios y en función de los contenidos a los que se acceda, el suministro de los datos solicitados podrán ser de carácter voluntario u obligatorio y serán utilizados por la Unión de Artesanos, Mutualidad de Previsión Social a Prima Fija, que corresponda, para la prestación de los servicios, tramitación de solicitudes y gestión, formalización, cumplimiento y desarrollo del contrato, pago de prestaciones, prevención y detección del fraude, estudios estadísticos, fidelización, realización de encuestas y diagnósticos personales, así como el envío de información comercial, publicitaria y promocional por cualquier medio, referida a la Mutua, siempre y cuando el Usuario no se oponga a dichas comunicaciones y acepte las condiciones, en la forma establecida para cada caso concreto.

2. Para el mejor cumplimiento y gestión de los servicios y, en su caso, del contrato, sus datos personales podrán ser incluidos en un fichero para su tratamiento y conservación.
3. Los Usuarios podrán ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición sobre sus datos en el Domicilio Social de la Unión de Artesanos; Mutualidad de Previsión Social a Prima Fija Rúa Xeneral Pardiñas 9-11, Entreplanta. Población de Santiago de Compostela. Código Postal: 15701. Provincia: A Coruña o bien a través del teléfono 981562898.

3. En caso de que para una mejor gestión y prestación de los servicios se realicen accesos a datos por cuenta de terceros, la Unión de Artesanos, Mutualidad de Previsión Social a Prima Fija, garantiza el mantenimiento de la confidencialidad en el tratamiento de los datos de carácter personal. Cuando proceda será convenientemente advertida la cesión al Usuario, detallando la identidad de la Cesionaria y la finalidad.

ANEXO DE COPAGOS

Los asegurados que se den de alta a partir del 1 de enero de 2027 deberán asumir el 15% del importe de las cirugías que, estando cubiertas por la mutualidad, realicen con cargo al seguro.