



UNIÓN DE ARTESANOS M.P.S.

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA DE SALUD

UNION DE ARTESANOS MUTUALIDAD DE PREVISIÓN SOCIAL A PRIMA FIJA

Inscrita en el Registro Oficial de Entidades de Previsión Social con el Nº P1967 de la Dirección General de Seguros y con el Nº 001 en la Dirección de Operacións Financeiras e Seguros da Consellería de Economía e Facenda de la Xunta de Galicia.

Entidad domiciliada en España e inscrita en el Registro Mercantil de Santiago de Compostela, en el tomo 26, hoja 16.115.

Código de Identificación Fiscal: G15044498

Fondo Mutual: 142.152,61 €.

Ramos en que opera: ENFERMEDAD (ASISTENCIA SANITARIA)

Domicilio social: Rúa Xeneral Pardiñas 9-11, Entreplanta. 15701 - Santiago de Compostela.

Teléfono: 981562898.

Página web: www.unionartesanos.com

Correo electrónico: union@unionartesanos.com

CLÁUSULA 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, y su Reglamento de Desarrollo (Real Decreto nº 2486/98 de 20 de noviembre) y por lo convenido en las presentes Condiciones Generales y en las Particulares, sin que tengan validez las cláusulas limitativas de los derechos de los Asegurados que no sean específicamente aceptadas por los mismos por escrito.

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

CLÁUSULA 1

Definiciones

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

Asegurado: La persona o personas naturales, que en sí misma(s) está(n) expuesta(s) a los riesgos cubiertos por la Póliza y se encuentran designadas en las Condiciones Particulares.

Beneficiario: Tendrá esta condición el Asegurado a cuyo favor se ha establecido la indemnización que pagará la Entidad Aseguradora o Asegurador, en caso de producirse el siniestro.

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.

A los efectos de la Póliza, no se consideran centros médicos asistenciales los hoteles, casas de reposo, balnearios, instalaciones dedicadas principalmente al tratamiento de enfermedades crónicas e instituciones similares.

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: Conjunto de profesionales de la medicina y establecimientos médicos concertados por la Entidad Aseguradora o Asegurador en Santiago de Compostela, para prestar los servicios de asistencia médica y quirúrgica al Asegurado, de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Generales, en las Particulares y Suplementos de la Póliza.



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

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

Enfermedad: Alteración del estado de salud de una persona por la acción de una patología que no sea consecuencia de accidente, diagnosticada por un médico u odontólogo legalmente reconocido, y que requiera de la asistencia facultativa.

Enfermedad congénita: Se origina como consecuencia de factores hereditarios o afecciones adquiridas durante la gestación, por lo tanto existe en el momento del nacimiento, puede manifestarse y ser reconocida inmediatamente después del nacimiento, o bien ser descubierta más tarde, en cualquier periodo de la vida del individuo.

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

Enfermedad preexistente: Es la originada o contraída y conocida por el Asegurado con anterioridad a la fecha de contratación de la Póliza o a la fecha de alta en la misma.

Enfermero/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.

Entidad Aseguradora o Asegurador: Unión de Artesanos, Mutualidad de Previsión Social A Prima Fija, persona jurídica quien asume los riesgos amparados en esta Póliza y se obliga en virtud de la misma.

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.

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.

Hospitalización: Ingreso del Asegurado como paciente en un centro médico asistencial con una permanencia mínima de 24 horas.

Hospitalización de día: Ingreso del Asegurado como paciente, en un centro médico asistencial, en una cama de hospitalización de las unidades así denominadas específicamente, tanto médicas como quirúrgicas o psiquiátricas, por un periodo inferior a 24 horas para recibir un tratamiento concreto o por haber estado bajo la acción de una anestesia.

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.

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 de carencia: Periodo de tiempo (computado por meses transcurridos a partir de la fecha de efecto de la Póliza) durante el cual no están cubiertas algunas de las garantías de la Póliza.

Plazo de disputabilidad: Periodo de tiempo durante el que la Entidad Aseguradora o Asegurador puede negar sus prestaciones o impugnar el contrato alegando la existencia de enfermedades preexistentes del Asegurado y no declaradas por él en el Formulario de Solicitud del Seguro.

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: Documento escrito que contiene las condiciones que regulan el seguro.

Forman parte integrante de la Póliza: el formulario de solicitud del seguro, las condiciones generales, las particulares, y los suplementos que se añadan a la misma, para completarla o modificarla.

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: 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 biológicos tales como recambios valvulares cardíacos, sustituciones articulares, piel sintética, lentes intraoculares, los materiales biológicos (córnea), los fluidos, geles y líquidos sintéticos o semisintéticos sustitutivos de humores o líquidos orgánicos, reservorios de medicamentos, sistemas de oxigenoterapia ambulantes, etc.

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

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

Siniestro: Todo hecho cuyas consecuencias estén total o parcialmente cubiertas por las garantías de la Póliza. Se consideran un sólo y único siniestro el conjunto de servicios derivados de una misma causa.

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

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.

CLÁUSULA 2

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 la Cláusula 12 "Coberturas de seguro", dentro de los límites establecidos en estas Condiciones y las que se establecen en las Condiciones Particulares y Suplementos que se emitan, previo cobro de la prima correspondiente.

CLÁUSULA 3

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, profesión habitual y prácticas de deporte del Asegurado. Estas declaraciones constituyen las bases fundamentales para la aceptación del riesgo.

CLÁUSULA 4

Indisputabilidad

La Póliza será indisputable en cuanto al estado de salud del Asegurado y la Entidad Aseguradora o Asegurador 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 el Asegurado hayan actuado dolosamente.

CLÁUSULA 5

Duración del Seguro

1. El seguro se estipula por el **período de tiempo previsto en las Condiciones Particulares** y, a su vencimiento, se prorrogará tácitamente por períodos no superiores a un (1) año. No obstante, cualquiera de las partes podrá oponerse a la prórroga mediante notificación escrita a la otra parte, efectuada con el plazo de, al menos, un mes de anticipación a la conclusión del período del seguro en curso cuando quien se oponga a la prórroga sea el tomador, y de dos meses cuando sea el asegurador.
2. **La Entidad Aseguradora o Asegurador no podrá resolver la Póliza cuando el Asegurado se halle en tratamiento en régimen hospitalario**, hasta el alta del mismo, salvo renuncia del Asegurado a continuar el tratamiento.

Respecto a cada Asegurado, el seguro se extingue:

a) **Por fallecimiento**

- b) 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.

- c) Por traslado de residencia al extranjero o por no residir un mínimo de nueve (9) meses al año en territorio nacional.



CLÁUSULA 6

Personas Asegurables

Las personas que se indican más adelante pueden incluirse bajo el presente seguro, siempre que residan legalmente en España, no superen los 55 años de edad y declaren estar en buen estado de salud en el correspondiente Cuestionario médico:

1. Tomador y/o Asegurado.
2. Su cónyuge o la persona con quien mantenga unión estable de hecho.
3. Los hijos solteros del Tomador y/o Asegurado, hasta cumplir los 21 años.

Las personas menores de 18 años sólo podrán incluirse bajo el presente seguro en el caso de estar igualmente asegurada cualquiera de las personas que ostente su patria potestad o tutela.

CLÁUSULA 7

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.

CLÁUSULA 8

Primas del Seguro

1. El Tomador del Seguro, de acuerdo con el artículo 14 de la Ley de Contrato de Seguro, está obligado al **pago de la prima**.
2. **Las garantías contratadas no tomarán efecto mientras no se haya satisfecho el primer recibo de prima.**
3. La **primera prima será exigible**, conforme al artículo 15 de la citada Ley, una vez **firmado el contrato**. Si no hubiera sido pagada por culpa del Tomador del Seguro, 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.
4. **En caso de falta de pago de la segunda y sucesivas primas, la garantía de la Entidad Aseguradora o Asegurador queda suspendida un mes después del día de su vencimiento**, y si la Entidad aseguradora o Asegurador no reclama el pago en el plazo de los seis (6) meses siguientes a dicho vencimiento, se entenderá que el contrato queda extinguido. Si el contrato no hubiera sido resuelto o extinguido conforme a las condiciones anteriores, la garantía vuelve a tener efecto a las veinticuatro (24) horas del día en que Tomador del Seguro pague la prima. En cualquier caso, la Entidad Aseguradora o Asegurador, cuando el contrato esté en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la prima del período en curso.
5. **El Asegurador sólo queda obligado por los recibos librados por la Dirección o por sus representantes legalmente autorizados.**
6. **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.**
7. El Tomador del Seguro, recibida, en su caso, la comunicación de la Entidad Aseguradora o Asegurador relativa a la **variación de la cuantía de las primas para la siguiente anualidad podrá optar entre la prórroga del contrato de seguro y la extinción del mismo al vencimiento del período del seguro en curso**. En este último caso, el Tomador del Seguro deberá notificar por escrito a la Entidad Aseguradora o Asegurador su voluntad de dar por finalizada a su término la relación contractual.

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.
8. La Entidad Aseguradora tiene derecho a resolver el contrato, en caso de falta de pago por parte del asegurado, de cualesquiera otras cantidades líquidas y exigibles, una vez transcurridos sesenta días naturales desde que hubiese sido requerido fehacientemente para ello.

CLÁUSULA 9

Obligaciones de la Entidad Aseguradora o Asegurador

- a. Además de hacer efectivas las garantías aseguradas, la Entidad Aseguradora o Asegurador deberá entregar a Tomador del



Seguro la Póliza o, en su caso, el documento de cobertura provisional o el que proceda según lo dispuesto en el artículo 5 de la Ley de Contrato de Seguro, así como un ejemplar del formulario de solicitud del seguro y demás documentos que haya suscrito el Tomador del Seguro.

- b. **La Entidad Aseguradora o Asegurador entregará al Tomador del Seguro y/o Asegurado la(s) tarjeta(s) Unión de Artesanos, con especificación del teléfono de información de los servicios de emergencias.**

CLÁUSULA 10

Derechos del Tomador del seguro y/o Asegurado

- 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.**

CLÁUSULA 11

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 conclusión 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 del 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 por los denominados médicos consultores en el presente contrato, el Asegurado deberá proveerse del oportuno documento vinculativo de asistencia que deberá entregar cuando se le preste algún servicio de esta índole. Estos servicios sólo podrán ser utilizados previa prescripción de un especialista 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 la misma.

- 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.

CLÁUSULA 12

Coberturas del Seguro

A continuación se describen las prestaciones cubiertas por Póliza.

1. Medicina primaria:

- 1.1 Medicina general: 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 y puericultura: comprende la asistencia de niños hasta cumplir los 14 años de edad, en consultorio, aplicándose los beneficios y normas ya citados para la medicina general.

2. Emergencias: comprende la asistencia sanitaria en caso de urgencia, a través de una orden emitida por el médico de la Entidad Aseguradora o Asegurador.

3. Especialidades médicas:

La presente Póliza ampara únicamente las Especialidades médicas que se mencionan a continuación:

- | | | |
|---|--|----------------------------------|
| - Alergología | - Diagnóstico por imagen | - Obstetricia |
| - Anatomía patológica | - Endocrinología | - Odontología |
| - Anestesiología y reanimación | - Ginecología | - Oftalmología |
| - Angiología y cirugía vascular | - Medicina Interna | - Otorrinolaringología |
| - Aparato digestivo | - Médicos y cirujanos consultores | - Pediatría (consultas) |
| - Cardiología (excepto cirugía) | - Nefrología (exclusivamente consultas) | - Proctología |
| - Cirugía General y del Aparato Digestivo | - Neumología | - Psiquiatría |
| - Cirugía pediátrica | - Neurología | - Reumatología |
| - Dermatología | - Neurocirugía | - Traumatología |
| | | - Urología. |

4. Métodos terapéuticos:

Oxigenoterapia en Quirófano

5. Servicios:

- Análíticas de sangre, **excepto las de genética, intolerancia a los alimentos, prueba de nutrición, pruebas de reproducción asistida, cribado prenatal no invasivo –ADN prenatal–, esterilidad, fertilidad, hematología. Los estudios**



de alergias en sangre se limitan a 3 parámetros.

- Análisis del H.P.V (Virus del Papiloma Humano).
- Anestesia, incluida la epidural en partos.
- Audiometría.
- Biometría ocular.
- Biopsias, **excepto de médula ósea.**
 - Broncoscopia.
 - Campimetría.
 - Cistoscopia.
 - Citología.
 - Colonoscopia.
 - Colposcopia.
- Cultivo y antibiograma.
- Densitometría Ósea.
- Derechos de quirófano.
- Ecocardiograma.
- Ecografías.
- Electrocardiograma.
- Electroencefalograma.
- Electromiografía.
- Endoscopias.
- Enema opaco.
- Enfermería.
- Ergometría.
- Espirometría.
- Estudios gastroduodenales.
- Flujometría.
- Gastroscoopia.
- Gonioscopia.
- Histeroscopia.
- Holter de tensión arterial (**un estudio anual por asegurado**).
- Holter E.C.G. Dinámico (**un estudio anual por asegurado**).
- Mamografía.
- Material desechable y medicación **sólo en quirófano.**
- Medicación y materiales desechables en planta **en caso de intervención quirúrgica.**
- Ortopantomografía.
- Oxigenoterapia en Quirófano.
- Oximetría.
 - Panendoscopia.
 - Paquimetría.
 - Profilaxis dental (**una anual por asegurado**).
 - Prueba de aliento.
 - Prueba de esfuerzo.
 - Prueba de vértigo.
 - Pruebas epicutáneas.
 - Pruebas alérgicas en sangre, **limitada al estudio de tres parámetros analítica / año.**
 - Radiografías.
 - Rectoscopia.
 - Resonancias Magnéticas, **excepto la coronaria.**
 - Retinografía.
 - Rinofibrolaringoscopia
 - Telerradiografía.
 - Test de broncodilatación.
 - Tomografía Axial Computerizada (TAC), **excepto el coronario. Se excluye, asimismo, la tomografía por emisión de positrones (PET).**
 - Tomografía de Coherencia Óptica (OCT).
 - Topografía ocular.
 - Tránsitos digestivos.
 - Uso y materiales del artoscopia, **excepto en meniscentomía.**
 - Uso y materiales del laparoscopia, **excepto en colicestomía.**
 - Urgencias Adultos 24 horas.
 - Urgencias Pediátricas **de 8.00 a 23.00 horas.**
 - Urografías.

6. Otros servicios:

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

Se excluye, por tanto, los servicios prestados por cualquier otra entidad, en particular, los prestados por la Fundación Pública de Urgencias Sanitarias de Galicia – 061, o cualquier otro que lo sustituya en un futuro.
- Servicio de Matronas **durante el parto.**

7. 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 quirúrgica (*)
- Hospitalización pediátrica (*)
- Hospitalización obstétrica (*)

(*) Se excluye la hospitalización en U. V. I., U. C. I. y Neonatología.



UNIÓN DE ARTESANOS M.P.S.

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

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



8. Cirugías:

- Artroplastia de cadera (**Excepto Prótesis**)
- Artroplastia de rodilla (**Excepto Prótesis**)
- Adenoidectomía
- Amigdalectomía
- Biopsia de mama con marcaje
- Bursitis (exéresis)
- Cataratas (**excepto la lente intraocular y el tratamiento láser**)
- Calcificación tendón de Aquiles
- Chalación
- Cirugía de cuerdas vocales
- Colicestomía (**Excepto Material y uso Laparoscopia**)
- Conización
- Endoscopia nasosinusal
- Excisión quiste bartholino
- Fisura anal
- Hemorroides
- Hernia inguinal (**Excepto Material de Prótesis**)
- Hidrocele
- Legrado ginecológico
- Meniscentomía (**excepto material y uso del Artroscopio**)
- Miomectomía
- Polipectomía
- Tratamiento quirúrgico quiste sacro
- Tumorción de partes blandas
- Túnel Carpiano
- Varices
- Vitrectomía.

CLÁUSULA 13

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 a nivel local, 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.

A través del cuadro médico:

La asistencia, de conformidad con lo previsto en las disposiciones reglamentarias aplicables, se prestará en Santiago de Compostela y con los cuadros médicos concertados. Los Asegurados podrán acudir libremente a las consultas de los facultativos especialistas que forman parte del cuadro médico de la Entidad 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 cabecera. El Asegurado puede cambiar de médico de cabecera con la simple comunicación a la Entidad Aseguradora o Asegurador, sin que deba aducir motivo alguno.

Al recibir los servicios que procedan, el Asegurado deberá entregar el talón correspondiente de la Entidad Aseguradora o Asegurador. Igualmente, el Asegurado estará obligado a exhibir su Documento Nacional de Identidad y la tarjeta de identificación de la mutualidad.

Con carácter general, será necesaria la previa autorización expresa de la Entidad Aseguradora o Asegurador para intervenciones quirúrgicas, hospitalizaciones, médicos consultores y determinados métodos terapéuticos y pruebas diagnósticas, previa prescripción escrita de los facultativos adscritos al cuadro médico. La Entidad Aseguradora o Asegurador otorgará esta autorización, salvo que entendiéndose 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.

CLÁUSULA 14

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 forman 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.



CLÁUSULA 15

Plazos de carencia

Todas las prestaciones que en virtud de la Póliza asuma la Entidad Aseguradora o Asegurador, serán facilitadas tras un período de permanencia en la entidad, según se indica:

1. Tres (3) meses para atención de médicos – especialistas y pruebas diagnósticas. 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 nuestro condicionado.
2. Diez (10) meses para intervenciones quirúrgicas cubiertas por la póliza.

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.

CLÁUSULA 16

Exclusiones

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 que exija el tratamiento por enfermedades o accidentes laborales, profesionales y en competiciones deportivas, la derivada de la utilización de vehículos a motor cubierta por el Seguro del Automóvil de Suscripción Obligatoria, así como los gastos derivados de la asistencia sanitaria prestada en centros de la Seguridad Social o centros integrados en el Sistema Nacional de Salud que no estén concertados con la Entidad Aseguradora o Asegurador, salvo lo previsto en la Cláusula 13 “Forma de prestar los servicios”, a través de cuadro médico.
3. Los reconocimientos médicos generales de carácter preventivo.
4. 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.
5. 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.
6. 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, salvo el rayo.
7. Los productos farmacéuticos fuera del régimen de hospitalización. Así como vacunas de todo tipo y productos de parafarmacia. Quimioterapia.
8. 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.

9. Tratamientos, inclusive la cirugía, encaminados a solventar la esterilidad o infertilidad en ambos sexos (fecundación in vitro, inseminación artificial, 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. Cirugía de cambio de sexo.
10. La asistencia sanitaria derivada de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.), el SIDA y las enfermedades relacionadas con éste.
11. Los trasplantes de órganos, tejidos, células o componentes celulares.
12. Tratamientos crónicos de diálisis y hemodiálisis. Actuaciones de la especialidad de Nefrología, excepto consultas.
13. 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. Hallux Valgus. Están excluidos los tratamientos capilares con finalidad estética. Atención médica, estudios, tratamientos, hospitalización y cirugía por: alteraciones de crecimiento, obesidad y reducción de peso. Podología.
14. La cirugía refractiva de cualquier tipo para miopía, hipermetropía y astigmatismo. Las técnicas quirúrgicas o procedimientos terapéuticos que usan el láser, salvo, las técnicas que usan el láser quirúrgico en hemorroides, cirugía vascular periférica, el láser CO2 en Otorrinolaringología, y los dispositivos empleados en rehabilitación músculo-esquelética.
15. La hospitalización por problemas de tipo social. Tratamientos Psiquiátricos: Psicoanálisis, psicoterapia, hipnosis, narcolepsia, test psicológicos e internamiento de pacientes afectos de demencias (Alzheimer) y otros.
16. 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.
17. Tratamientos Odontológicos: Empastes, prótesis dentarias, endodoncias, ortodoncias, implantes y pruebas diagnósticas referidas a estos tratamientos. Las endodoncias, obturaciones, colocación de prótesis dentales, ortodoncias, periodoncias e implantes.
18. Las prótesis de cualquier clase o naturaleza. Queda excluido cualquier tipo de material ortopédico, materiales biológicos o sintéticos, lentes intraoculares, mallas en hernias.
19. Los gastos por viaje y desplazamientos salvo la ambulancia en los términos contemplados en la descripción de los servicios de la Cláusula 12 "Coberturas del Seguro"
20. Las determinaciones del mapa genético, que tienen como finalidad conocer la predisposición del Asegurado o de su descendencia presente o futura a padecer ciertas enfermedades relacionadas con alteraciones genéticas.
21. Se excluyen las técnicas diagnósticas quirúrgicas y tratamientos de nueva aparición no incluidos en la presente Póliza.
22. Se excluye cualquier tipo de servicio relacionado con patologías no cubiertas, así como complicaciones que se deriven de éstas.
23. Medicinas alternativas, naturopatía, homeopatía, Acupuntura, mesoterapia, hidroterapia, magnetoterapia, presoterapia, ozonoterapia, etc..., salvo que se indique expresamente lo contrario en las Condiciones Particulares de la Póliza.
24. Se excluyen los Servicios prestados por Hematólogos, Neonatólogos, así como los Tratamientos de la Medicina Nuclear.
25. Se excluyen los servicios de: Gammagrafías de Tiroides, Angiofluoresceniografías, Ecografías especiales, Gammagrafía ósea, Biopsia de médula ósea. Quimioterapia.
26. Los siguientes Tratamientos Quirúrgicos: Dacrio (Reconstrucción Lagrimal), Electrocoagulación cervical, Fimosis, Hipospadias, Laser Yag, Cirugía Bariátrica (obesidad mórbida), Pterigium, Entropión y Ectropion, Dermatochalasis, Ptosis palpebral, Blefaroplastia, Septoplastia por radiofrecuencia inducida, Ligamentoplastia con injerto.
27. 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.
28. Cirugía cardiovascular, y toda intervención de carácter cardiológico, así como los tratamientos y estudios que pudieran derivarse de dichas actuaciones, tales como coronario-grafías, Angioplastia Coronaria Transluminal Percutánea (ACTP), TAC Coronario, Angio-TAC Coronario, Angio-Resonancia y Resonancia Magnética Coronaria, Stents, Cateterismos y cualquier tipo de prótesis, válvulas y material protésico usado en este tipo de actuaciones.



29. Los tratamientos y estudios posteriores al diagnóstico de la Hepatitis y el recuento de RNA de la hepatitis B o C.
30. La hospitalización en U. C. I., U. V. I. y Neonatología.
31. Uso de Neuronavegadores, Ecoendoscopias, Tomografías por emisión de Positrones (PET).
32. Tratamientos, estudios, técnicas y otras actuaciones posteriores al diagnóstico del ictus.
33. Medicación y materiales desechables en casos de ingresos hospitalarios sin intervención.
34. Se limita a tres parámetros las pruebas de alergia en sangre.
35. Se limita la profilaxis dental a una anual por asegurado.
36. Se limita a un estudio de holter anual (E.C.G. Dinámico y/o de presión arterial) por asegurado.
37. Se excluye cualquier Servicio, Tratamiento Médico o Quirúrgico no mencionado en la Cláusula Nº 12 “Coberturas del Seguro” de estas Condiciones Generales.

CLÁUSULA 17

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).

CLÁUSULA 18

Rescisión de la Póliza

1. **El Tomador podrá rescindir el contrato cuando se varíe más del 50 % de los facultativos que integren el cuadro médico** de la Entidad Aseguradora o Asegurador, quien tendrá a disposición del Asegurado en todo momento en sus oficinas la relación completa y actualizada de dichos facultativos, para su consulta.

CLÁUSULA 19

Libro de reclamaciones

En las oficinas de la Entidad Aseguradora o Asegurador existe un **libro oficial de reclamaciones** para que los Asegurados puedan hacer constar en él las que consideren oportunas.

CLÁUSULA 20

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 el día en que pudieran ejercitarse.

CLÁUSULA 21

Control e instancias de reclamación

1. El control de la actividad de la Entidad Aseguradora corresponde al Estado Español, ejerciéndose éste a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía y del Director de Operaciones Financieiras e Seguros de la Consellería de Economía e Facenda de la Xunta de Galicia.
2. En caso de cualquier tipo reclamación sobre el contrato de seguro, el Tomador, Asegurado, Beneficiario, Tercero perjudicado o Derecho habientes de cualquiera de ellos, deberán dirigirse para su resolución:
 - A.1 Al **Departamento de Atención al Cliente de la Entidad Aseguradora o Asegurador**, mediante escrito dirigido a las



UNIÓN DE ARTESANOS M.P.S.

oficinas de la entidad, sitas en Rúa Xeneral Pardiñas, 9 – 11, entreplanta, 15701, Santiago de Compostela, quien acusará recibo por escrito y resolverá igualmente **mediante escrito motivado en el plazo máximo legal de dos (2) meses** desde la fecha de presentación de la reclamación.

- B.1** Una vez agotada dicha vía interna de la Entidad Aseguradora o Asegurador, o en caso de no estar conformes con la resolución de este, podrán formular su reclamación ante el Defensor del Asegurado designado por la Entidad Aseguradora o Asegurador en los siguientes casos:
- Cuando se trate de reclamaciones cuya cuantía no exceda de 21.000 euros y afecten a la interpretación de las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza. No podrán someterse al Defensor del Asegurado las reclamaciones que versen sobre la actuación personal o profesional de los médicos, hospitales y servicios médicos en general que presten atención médica a los asegurados.
 - Cuando aún estando fuera de los anteriores supuestos, así lo acepte la Entidad Aseguradora o Asegurador. Para reclamar ante el **Defensor del Mutualista** el reclamante deberá dirigir un escrito a la atención del “DEFENSOR DEL MUTALISTA”, y ser remitido o presentado en las oficinas de la entidad, sitas en Rúa Xeneral Pardiñas, 9 – 11, entreplanta, 15701, Santiago de Compostela, exponiendo los motivos de su reclamación. A la vista del mismo, el Defensor acusará recibo por escrito y se declarará o no competente. Si se declara competente, una vez estudiada la reclamación, dictará dentro del plazo máximo legal de dos (2) meses computados desde la fecha de presentación de la reclamación ante la Entidad Aseguradora o Asegurador, una resolución motivada que será comunicada por escrito tanto al reclamante como a la Entidad Aseguradora o Asegurador, para quien resultará vinculante.
3. También, se podrá iniciar el procedimiento administrativo de reclamación ante el Comisionado para la Defensa del Asegurado y del Partícipe en Planes de Pensiones. Para ello, el reclamante deberá acreditar que ha transcurrido el plazo establecido para la resolución de la reclamación por el Defensor del Asegurado o que ha sido denegada la admisión de la reclamación o desestimada su petición por éste.
4. En cualquier caso podrá acudir a los Juzgados y Tribunales competentes.

CLÁUSULA 22

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.

CLÁUSULA 23

Duplicado de la Póliza

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 irroge la reclamación de un tercero.

CLÁUSULA 24

Comunicaciones

- Las comunicaciones a la Entidad Aseguradora o Asegurador 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 los mismos, recogido en la Póliza, salvo que hubiesen notificado el cambio de su domicilio a la Entidad Aseguradora o Asegurador.



UNIÓN DE ARTESANOS M.P.S.

CLÁUSULA 25

Jurisdicción

Será Juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato del seguro el del domicilio del Asegurado.

CLÁUSULA 26

Protección de Datos

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 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, 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
4. 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 de la misma.