

SEGURO DE SALUD CONFORT PLUS EMPRESA



MONTEPIO DE CONDUCTORS SANT CRISTÒFOL DE GIRONA, MUTUALITAT DE PREVISIÓ SOCIAL; c/ Juli Garreta, 14 de GIRONA

La informació precontractual y contractual completa relativa al producte se facilita en altres documents

RESUMEN DE LAS COBERTURAS

Seguro médico diseñado para dar una cobertura médica integral, con un copago reducido.

Nuestros asegurados podrán acudir libremente a los consultorios de los facultativos de medicina primaria y especialistas que forman parte del cuadro médico de la Mutualidad.

La Mutualidad recomienda que cada asegurado tenga un médico o pediatra de cabecera, responsable de la atención familiar. Cada asegurado podrá escoger su médico o pediatra de cabecera entre los facultativos que figuran en el cuadro médico de la Mutualidad.

Medicina primaria

Medicina general: Asistencia médica en consultorio, indicación y prescripción de las pruebas y medios de diagnóstico básicos.

Pediatría y puericultura: Comprende la asistencia médica en consultorio de niños hasta 14 años (completos), así como la indicación y prescripción de las pruebas y medios diagnósticos básicos.

Servicio de enfermería ATS/DUE: Asistencia en consultorio.

Medicina especializada

Comprende, para las especialidades médicas y quirúrgicas mencionadas a continuación, las visitas en consultorio, curas ambulatorias y cirugía.

Alergología e inmunología

Anestesiología y reanimación

Angiología y cirugía vascular

Aparato digestivo

Aparato respiratorio. Neumología

Cardiología

Cirugía cardiovascular

Cirugía general y del aparato digestivo

Cirugía maxilofacial

Cirugía pediátrica

Cirugía plástica y reparadora

Cirugía torácica

Dermatología y venereología

Endocrinología y nutrición

Ginecología y obstetricia

Hematología

Medicina interna

Nefrología

Neonatología

Neurocirugía

Neurología

Odontología-estomatología

Oftalmología

Oncología

Otorrinolaringología

Pediatría y salud infantil

Psiquiatría

Rehabilitación y fisioterapia

Reumatología

Traumatología y cirugía ortopédica

Urología

Hospitalización

En centros concertados por la Mutuality, con habitación individual. Comprende estancia, manutención del enfermo, las curas y su material, así como los gastos de quirófano, productos anestésicos y medicamentos.

Hospitalización médica

Hospitalización que no precisa de intervención quirúrgica. Se produce en caso de procesos agudos que, a juicio del facultativo de la Mutuality, no pueden tratarse con las técnicas correctas de forma ambulatoria. También puede darse con la finalidad de observación del enfermo, previa prescripción del facultativo de la Mutuality

Hospitalización quirúrgica

Las intervenciones que lo requieran serán practicadas en clínicas concertadas por la Mutuality, sin límite de días de estancia..

Hospitalización por maternidad. Asistida por tocólogo y comadrona. Cubre la anestesia cuando sea necesaria, incluso la anestesia epidural.

Hospitalización pediátrica. Atención a personas menores de 14 años. Hospitalización del recién nacido prematuro o patológico: neonatología, incubadora. También vigilancia del recién nacido desde el momento del parto y mientras la madre está en la clínica

Hospitalización en unidad de vigilancia intensiva (UVI) u otras unidades especializadas. Se realizará en los centros concertados por la Mutuality, previa prescripción de un médico de la misma.

Hospitalización psiquiátrica. Los internamientos se realizarán previa prescripción de un especialista de la Mutuality, en centros concertados. Tratamiento de los brotes agudos que tengan carácter reversible.

Medios de diagnóstico

Análisis clínicos, microbiológicos, bioquímicos, hematológicos, parasitológicos y anatomopatológicos, y citologías.

Diagnóstico por la imagen: radiología general, ecografía, tomografía axial asistida por ordenador (TAC), resonancia magnética, angiografía, arteriografía digital y gammagrafía, así como la densitometría ósea y mamografía.

Medios de diagnóstico complementarios: electrocardiogramas, electromiogramas, electroencefalogramas, exploraciones funcionales respiratorias y cardiológicas, exploraciones endoscopias.

Amniocentesis y biopsia de corion.

Urgencias

Urgencias permanentes en clínicas

La asistencia sanitaria en casos de urgencia se prestará en los centros de urgencia permanente indicados en el cuadro hospitalario, facultativo y de servicios que proporciona la Mutuality.

Urgencias extrahospitalarias en Giromèdic.

Coordinación de urgencias. Acceso telefónico 24h a un equipo médico especializado en medicina de familia, a quien se podrá contar el problema de salud o urgencia, quienes aconsejarán y, si es necesario, gestionarán la mejor opción.

Tratamientos especiales

Litotricia renal y/o biliar

Laserterapia oftálmica (fotocoagulación con láser).

Servicio permanente de ambulancia. Serán a cargo de la Mutuality todos los traslados dentro del término de la provincia de Girona, para los casos de necesidad urgente y si la situación del enfermo imposibilita la utilización de los servicios ordinarios de transporte, desde el lugar donde se encuentra el beneficiario hasta el centro hospitalario concertado. En todos los casos será necesario la prescripción del médico de la Mutuality.

Podología.

Servicio de enfermería a domicilio.

Servicio de medicina de familia a domicilio.

Servicio telefónico y en línea de orientación médica 24h.

Acceso 24 horas a un equipo médico especializado en medicina de familia, a quien podrás realizar cualquier consulta médica.

Preparación al parto. Cubre los gastos de las clases ordinarias de preparación al parto para la madre.

Prótesis quirúrgicas.

Prótesis internas de traumatología y cirugía ortopédica: prótesis y material de osteosíntesis.

Prótesis vasculares y cardíacas: válvulas cardíacas, bypass vasculares y marcapasos.

Lentes intraoculares.

Segunda opinión médica

Se trata de la posibilidad de acceder a la opinión de expertos de reconocido prestigio nacional e internacional, a distancia y en un breve espacio de tiempo, en los casos de enfermedad grave. Con este servicio, el paciente puede contrastar su diagnóstico y tratamiento con expertos médicos especializados en la patología en cuestión. El paciente estará siempre guiado por un médico que le ayudará en todo momento a recopilar toda su historia médica y pruebas médicas para conseguir el mejor resultado de este servicio.

Asistencia en viaje en todo el mundo

Nuestras pólizas de salud garantizan asistencia en todo el mundo en casos de urgencia para estancias no superiores a 90 días seguidos.

Se incluye:

- Transporte o repatriación sanitaria de heridos y enfermos y de los asegurados acompañantes.
- Vuelta anticipada del asegurado en caso de la muerte de un familiar, a causa de un incendio o de siniestro en su domicilio.
- Billete de ida y vuelta para un familiar y gastos de hotel.
- Gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y de hospitalización en todo el mundo.
- Gastos para tratamientos odontológicos de urgencia en el extranjero.
- Envío de medicamentos y documentos al extranjero.
- Gastos de prolongación de la estancia en un hotel en el extranjero.
- Transporte o repatriación de difuntos y de los asegurados acompañantes.
- Acompañamiento en caso de traslado por defunción.
- Búsqueda y transporte de equipajes y efectos personales.
- Avance de fondos en el extranjero.
- Prestación y/o reclamación de daños en el extranjero.

Asistencia jurídica particular

Protección ante cualquier problema legal que pueda surgir dentro del ámbito particular con una disponibilidad de 24 horas al día.

El seguro es válido en el ámbito territorial de España. Andorra y Gibraltar se asimilarán a España a los efectos de las garantías contratadas.

Ofrecemos la posibilidad de poder contar con la opinión y la aclaración de un abogado con la asistencia jurídica telefónica ilimitada, revisión y redacción de documentos y contratos, reclamación de daños y perjuicios, defensa de la responsabilidad penal del asegurado y reclamación de los derechos como consumidor o usuario, entre otras.

Quedan cubiertos los gastos que puedan tener como consecuencia de un procedimiento judicial, arbitral o administrativo con un límite de 3.000€.

Se incluye:

- Asistencia jurídica telefónica.
- Revisión y redacción de documentos y contratos.
- Reclamación de daños y perjuicios.
- Defensa penal.
- Consumo.
- Extensión de la asistencia jurídica telefónica.

Certificado médico para la emisión del permiso de conducir

La Mutualidad prestará de forma gratuita a los asociados los servicios de Reconocimiento médico y psicotécnico que establece la legislación vigente para obtener, renovar o modificar la clase del permiso de conducir del asociado.

Seguro de accidentes (opcional)

Garantiza la asistencia ante todo tipo de accidentes, ya sean domésticos, laborales o de tráfico hasta 15.000 euros, excepto los derivados de deportes de riesgo y de cualquier otra práctica deportiva federada.

Se puede contratar entre los 14 y los 60 años, y su cobertura finaliza a los 70 años.

Sin periodos de carencia.

Principales garantías:

Asistencia sanitaria por accidente.

Cubre los gastos derivados de la asistencia médica, quirúrgica, hospitalaria y/o farmacéutica, prestadas por los profesionales y centros asistenciales concertados con la mutualidad, que el asegurado necesite como consecuencia de un accidente como:

- a) Los honorarios médicos.
- b) Los gastos de hospitalización médicos y quirúrgicos.
- c) Los gastos farmacéuticos prescritos por un médico concertado, tanto en la clínica como en el domicilio.
- d) El material de ortesis. Prótesis, material ortopédico y rehabilitación sin límites de sesiones.

Esta asistencia sanitaria queda cubierta por asegurado y accidente hasta a un máximo de 365 días desde la fecha en que se produce.

La asistencia sanitaria solo queda garantizada en el territorio nacional.

Muerte por accidente.

Abono de capital garantizado a los beneficiarios.

Invalidez absoluta y permanente por accidente.

Anticipo del capital garantizado.

Invalidez parcial y permanente por accidente.

Indemnización según el porcentaje de invalidez.

PERIODOS DE CARENCIA

Todas las prestaciones cubiertas por la póliza serán facilitadas desde el momento de entrada en vigor de la misma.

Se exceptúan los servicios siguientes:

- Ingresos en centros hospitalarios por tratamiento médico o intervención quirúrgica: 6 meses de carencia, (se exceptúan los casos de urgencia vital).
- Medios de diagnóstico: 6 meses de carencia, (se exceptúan los casos de urgencia vital).
- Servicio de vigilancia del embarazo y asistencia al parto: 12 meses de carencia.
- Rehabilitación y fisioterapia: 6 meses.
- Prótesis: 12 meses.
- Ligadura de trompas y Vasectomía: 12 meses.
- Litotricia renal y/o biliar: 12 meses.

Todos los periodos de carencia quedan sin efecto si el beneficiario proviene de otra compañía. Se exceptúan los servicios siguientes:

- Vigilancia del embarazo y asistencia al parto.
- Prótesis.
- Ligadura de trompas y Vasectomía.
- Litotricia renal y/o biliar.

EXCLUSIONES DE COBERTURA

Quedan excluidos de esta cobertura los gastos médicos y/o hospitalarios correspondientes a:

- a) La cobertura de todo tipo de enfermedades, lesiones y defectos preexistentes, así como sus secuelas, tanto físicas como mentales; así como las dolencias provenientes de accidentes y sus derivaciones o secuelas, y las anomalías congénitas que sean anteriores a la fecha de efecto de la póliza.
- b) Los hechos de la guerra, así como los provocados por fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario o catastrófico.
- c) Las epidemias declaradas oficialmente.
- d) Los daños producidos por explotaciones nucleares o sustancias radioactivas, y en general las radiaciones de cualquier naturaleza.
- e) Las lesiones por accidentes de trabajo por cuenta propia o ajena, y los accidentes de circulación cubiertos por el seguro obligatorio de responsabilidad civil de vehículos a motor.
- f) Las enfermedades profesionales.

- g) Las autolesiones.
- h) Las enfermedades o lesiones derivadas de la práctica, bien como profesional bien como federado, de cualquier deporte; o como aficionado de actividades aéreas, boxeo, artes marciales, escalada, carreras de vehículos a motor, incluidos los entrenos de rugby, espeleología, parapente, puénting o similares, descenso de aguas bravas, barranquismo, toreo y cierre de cabezas de ganado bravo.
- i) Tratamientos, incluida la cirugía, dirigida a resolver la esterilidad o infertilidad en ambos sexos y la interrupción voluntaria del embarazo; así como las pruebas diagnósticas relacionadas con esta interrupción. Esta excluido también el estudio diagnóstico y tratamiento de la impotencia y su cirugía.
- j) Cualquier tipo de prótesis, piezas anatómicas y ortopédicas que no estén expresamente cubiertas.
- k) Los productos farmacéuticos fuera del régimen de hospitalización así como vacunas de todo tipo.
- l) Análisis o exploraciones que sean precisos para la expedición de certificaciones, emisiones de informes y la entrega de cualquier tipo de documentación que no tenga una clara función asistencial, así como reconocimientos sistemáticos o exámenes médicos generales de carácter preventivo.
- m) Los tratamientos por alcoholismo y drogadicción, sus complicaciones, tratamientos y secuelas.
- n) Tratamiento del SIDA y sus complicaciones.
- o) Medicina natural, homeopática, la acupuntura, así como cualquier otro tratamiento de la medicina o especialidad no reconocida oficialmente.
- p) La corrección quirúrgica de la miopía, hipermetropía y astigmatismo así como la ortoqueratología.
- q) Los gastos por uso del teléfono, la televisión, pensión alimentaria del acompañante y otros servicios no imprescindibles para la necesaria asistencia hospitalaria.
- r) Cualquier tipo de trasplante.
- s) Las hospitalizaciones basadas en problemas de tipo social o familiar, así como las que sean sustituibles por una asistencia domiciliaria o ambulatoria.
- t) Reeducación de la voz y del lenguaje, logopedia y foniatría, excepto después de procesos quirúrgicos u oncológicos hasta un máximo de 30 sesiones por año.
- u) Las determinaciones del mapa genético, que tienen como finalidad conocer la predisposición del asegurado o su descendencia presente o futura a sufrir determinadas enfermedades relacionadas con alteraciones genéticas.
- v) La ayuda económica por intervención quirúrgica y/o hospitalización quirúrgica derivado de la cirugía de ligadura de trompas o la cirugía de vasectomía.
- w) Derivados de los servicios no detallados en estas condiciones generales, excepto que se incluyan expresamente en las condiciones particulares.
- x) Otras exclusiones expresamente consignadas.

OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

Cuestionario de salud.

El cuestionario de salud, incluido en la solicitud de seguro, es una declaración firmada por cada asegurado antes de la formalización del seguro, e incluye un listado de preguntas relevantes sobre el estado de salud de cada futuro asegurado. El asegurado tiene la obligación de responder con veracidad a este cuestionario, que permitirá a la mutualidad valorar correctamente el riesgo. En caso de falsedad u omisión en esta declaración, la mutualidad podrá rescindir el seguro.

Obligaciones al inicio del contrato.

La persona mutualista está obligada a facilitar sus datos personales de acuerdo con la solicitud de inscripción, firmar la información previa al contrato conforme se le ha entregado, firmar el documento de inscripción y pagar la primera cuota del contrato.

Antes de la conclusión del contrato, deberá declarar al asegurador, de acuerdo con el cuestionario que este le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo, de acuerdo con los cuestionarios a qué le haya sometido la mutualidad.

Obligaciones durante la vigencia del contrato.

La persona mutualista o asegurada tiene la obligación, durante la vigencia del contrato, de comunicar a la mutualidad, la alteración de los factores y circunstancias declaradas en el cuestionario que prevé el artículo anterior que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubiera conocido este en el momento de la perfección del contrato no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más costosas. Comunicar la variación de las circunstancias relativas al estado de salud del asegurado, que en ningún caso se consideran agravamiento del riesgo.

El asociado está obligado al pago de las cuotas por la inscripción efectuada a favor propio o ajeno. La obligación de pago de las cuotas nacerá en el momento de la inscripción en la prestación.

La asistencia sanitaria tiene que ser prestada en los hospitales y por los facultativos que se relacionen en el cuadro médico puesto a disposición del asegurado, de acuerdo con las coberturas contratadas. Quedan excluidos, por lo tanto, la asistencia prestada en centros o por profesionales que no estén en el cuadro médico, excepto que la asistencia sea considerada de urgencia vital. También se excluye la asistencia sanitaria prestada en centros integrados en el Sistema Nacional de Salud que no estén concertados con el asegurador, excepto de lo que prevé la cobertura de asistencia en viaje.

Las obligaciones en caso de solicitud de indemnización.

En el caso de solicitud de indemnización o prestación, se deberá aportar a la mutualidad la documentación que establezca el reglamento para disfrutar de las prestaciones aseguradas.

FORMA DE COBRO DE LAS PRESTACIONES

Las cuotas se abonan mensualmente, trimestralmente, semestralmente o anualmente según establezca la Junta Directiva, entregando los recibos correspondientes.

La cuota es anual, pudiéndose acordar su fraccionamiento para el pago. Los recibos de cuotas se harán efectivos por el asociado en los correspondientes vencimientos por anualidades completas anticipadas, pero podrá convenirse su pago fraccionado mediante un recargo sobre la cuota anual según que el fraccionamiento de la cuota sea semestral, trimestral o mensual respectivamente.

DURACIÓN DEL CONTRATO

El contrato tiene vigencia anual, prorrogable automáticamente por periodos anuales, coincidiendo con el año natural. Los efectos comienzan a las 0.00 horas del día en que la persona mutualista ingresa en la Mutualidad, y finalizan a las 23.59 horas del 31 de diciembre de cada año. En el caso de baja, los efectos finalizan a las 23.59 del día en que causa baja.

La cuota se actualizará anualmente según los cálculos técnicos-actuariales realizados.

RESCIÓN DEL CONTRATO

El contrato se podrá rescindir mediante comunicación escrita firmada por la persona mutualista, que se deberá comunicar a la mutualidad con una antelación mínima de un mes de su vencimiento.

La mutualidad podrá rescindir el contrato mediante escrito al efecto comunicado con una antelación de dos meses de su vencimiento.

El contrato también se podrá rescindir en las situaciones siguientes:

Si la primera cuota o derrama no ha sido pagada por causa atribuible al mutualista.

En caso de falta de pago de las cuotas sucesivas a la primera, la cobertura otorgada queda suspendida después del día del vencimiento. Si la Mutualidad no reclama el pago en los seis meses siguientes al vencimiento de la cuota, se entiende que el seguro queda extinguido.