

CONDICIONES GENERALES POLIZA SF SALUD TOTAL

REGLAMENTO DE PRESTACIONES DE LA POLIZA

CLAUSULA PRIMERA.- LEGISLACION APLICABLE

El presente contrato se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro; por lo regulado en la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, el Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, el Reglamento Delegado (UE) 2015/35 DE LA COMISIÓN de 10 de octubre de 2014 por el que se completa la Directiva 2009/138/CE del Parlamento Europeo y del Consejo sobre el acceso a la actividad de seguro y de reaseguro y su ejercicio (Solvencia II); por las disposiciones complementarias que le sean aplicables, y por lo convenido en las condiciones particulares del contrato de seguro, sin que tengan validez las cláusulas limitativas de los derechos de los Asegurados que no sean especialmente aceptadas por los mismos, como pacto adicional a las condiciones particulares; no requerirán tal aceptación las meras transcripciones o referencias a preceptos legales o reglamentarios imperativos.

CLAUSULA SEGUNDA.- OBJETO DEL SEGURO

Dentro de los límites y condiciones estipuladas en el presente Reglamento y mediante la aplicación de la prima que en cada caso corresponda, el Asegurador proporcionará al Tomador del seguro y/o al Asegurado la asistencia médica y quirúrgica en toda clase de enfermedades en los términos, condiciones y limitaciones consignadas en la cláusula cuarta del presente Reglamento. En ningún caso podrán concederse indemnizaciones optativas en metálico en sustitución de la prestación de servicios de asistencia sanitaria.

Esta póliza incluye el seguro de viaje en el extranjero con las siguientes coberturas:

1. GASTOS MÉDICOS, FARMACÉUTICOS O DE HOSPITALIZACIÓN EN EL EXTRANJERO.

Si a consecuencia de una enfermedad o de un accidente sobrevenido durante el viaje, el Asegurado necesita asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica u hospitalaria, LA REASEGURADORA se hará cargo de:

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

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

2. GASTOS ODONTOLÓGICOS DE URGENCIA EN EL VIAJE AL EXTRANJERO.

En el supuesto de viaje al extranjero, LA REASEGURADORA se hará cargo de los gastos de tratamiento a consecuencia de la aparición de problemas odontológicos agudos que requieran un tratamiento de urgencia, con un **límite de 60 euros**.

3. TRASLADO SANITARIO O REPATRIACIÓN MÉDICA.

En caso de sufrir el Asegurado una enfermedad o accidente, LA REASEGURADORA se hará cargo:

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

CLAUSULA TERCERA.- DURACION DEL SEGURO

El presente contrato de seguro se pacta por el período de tiempo de un año, salvo disposición distinta contemplada en las condiciones particulares, de conformidad con el artículo 22 de la Ley del Contrato del Seguro, prorrogándose a su vencimiento de manera tácita por períodos de un año.

No obstante, cualquiera de las partes podrá oponerse a la prórroga mediante la notificación escrita a la otra parte, con antelación no inferior a un mes a la conclusión del período de vigencia en curso, o con la que, en su caso, dispongan las condiciones particulares.

Durante la asistencia del Tomador del seguro y/o al Asegurado y hasta la terminación del tratamiento o curación, en su caso, el Asegurador no podrá rescindir el contrato del seguro.

Solamente quedará liberado el Asegurador de su obligación de cobertura médica si existiera antes de producirse la enfermedad un impago de la prima o de las cuotas que

tenga que satisfacer el Tomador del seguro y/o el Asegurado, o bien si se hubiera resuelto o extinguido el contrato por falta de pago de tales cuotas o primas.

CLAUSULA CUARTA.- PRESTACIONES QUE CUBRE LA POLIZA

A) MEDICINA PRIMARIA

- Medicina General
- Pediatría y Puericultura: **abarca la asistencia a menores de 16 años**
- Servicio de ATS: **previa prescripción escrita por un médico de la mutualidad**
- Asistencia médica domiciliaria, tanto para Medicina General y ATS

B) SERVICIO DE URGENCIAS

- Asistencia permanente de Urgencia: **se prestará en los centros concertados por la mutualidad y que figuran en el boletín de servicios.**
- Asistencia sanitaria a desplazados en España: **se prestará en todo el territorio Nacional previa autorización por la Mutualidad.**
- Ambulancias: **se prestará en caso de necesidad urgente, siendo su cobertura donde se solicitó el servicio, nunca entre Comunidades Autónomas.**

C) ESPECIALIDADES MÉDICAS Y QUIRURGICAS

Incluye la atención por un facultativo, pruebas diagnósticas y tratamiento en las distintas especialidades señaladas a continuación:

- Alergología
- Anestesiología y Reanimación
- Anatomía patológica
- Angiología y cirugía vascular. **Queda excluida la cirugía vascular estética.**
- Aparato Digestivo
- Cardiología. **Incluido chequeo cardíaco.**
- Cirugía Cardiovascular
- Cirugía General y del Aparato Digestivo. **Queda excluida la cirugía de la Obesidad Mórbida.**
- Cirugía Maxilo-facial
- Cirugía Pediátrica

- Cirugía Plástica y reparadora. **Queda excluida la cirugía con fines estéticos.**
- Dermatología médico-quirúrgica y venereología. **Quedan excluidos los tratamientos con fines puramente estéticos.**
- Endocrinología y nutrición. **Quedan excluidos los tratamientos con fines estéticos y los tratamientos de la obesidad Mórbida.**
- Estomatología / Odontología. **Incluye únicamente extracciones, curas estomatológicas derivadas de éstas y radiografías simples.**
- Ginecología-Tocología. **Quedan excluidos tratamientos de fertilidad y Ligadura de trompas.**
- Hematología y Hematoterapia. **Queda excluida la Hematología Oncológica.**
- Medicina Interna
- Nefrología. **Queda excluida la Diálisis.**
- Neumología. **No se cubre los tratamientos con CPAP.**
- Neurocirugía. **Excluida la Radiofrecuencia.**
- Neurología.
- Oftalmología. **Excluida la cirugía refractiva de la Miopía Hipermetropía y Astigmatismo.**
- Oncología Médica: **Incluye cinco sesiones al año con carácter ambulante (quimioterapia). La Radiocirugía queda excluida.**
- Psiquiatría: **Excluidos cualquier tipo de Test Psicológico o Psiquiátrico tratamiento de drogadicción y alcoholismo, así como terapias tanto de grupo como individuales.**
- Psicología: **Reembolso de 20 € por sesión con un máximo de seis sesiones anuales.**
- Otorrinolaringología
- Reumatología. **Queda excluida la Radiofrecuencia.**
- Traumatología y Cirugía Ortopédica. **Queda excluida la Radiofrecuencia.**
- Unidad del dolor: **Máximo de cuatro sesiones anuales. Queda excluida la Radiofrecuencia.**
- Urología. **Incluido el chequeo prostático incluyendo PSA, ecografía vesico-prostática. Queda incluida la Vasectomía.**
- Fisioterapia. **Reembolso 20 € por sesión con un máximo de cuatro sesiones anuales.**
- Naturopatía: **Reembolso 20 € por sesión con un máximo de seis sesiones anuales.**
- Logopedia: **Reembolso 20 € por sesión con un máximo de diez sesiones anuales.**

- Podología: **Reembolso 10 € por sesión con un máximo de seis sesiones al año.**

D) MEDIOS DE DIAGNOSTICO

Las pruebas de diagnóstico se realizarán, en todos los casos, **previa prescripción escrita por un médico de la Mutualidad y en los centros designados por la misma. Excluido las pruebas diagnósticas con Datascan.**

Los medios de diagnóstico comprenden los siguientes servicios:

SIN PERIODO DE CARENCIA:

Análisis clínicos, Bioquímica General, Microbiología, Parasitología y Cito patología.
Excluidos todo tipo de estudios genéticos.

DIAGNOSTICO POR IMAGEN

Radiologías simples (Sin carencias)

Radiologías con contraste (complejas) (Carencia 6 meses)

Tomografía axial computarizada (TAC) (Carencia 6 meses)

Tomografía múltiples detectores (DMD) (Carencia 9 meses) Exclusivamente para patología del sistema vascular.

Resonancia Nuclear Magnética (RNM) (Carencia 6 meses)

Ecografías (Excepto la ecografía obstétrica) (Sin Carencia)

Ecografía Obstétrica (Carencia 3 meses)

Eco-Doppler (Carencia 6 meses)

Radiología intervencionista (Carencia 9 meses)

Pruebas y tratamientos de Hemodinámica (Carencia 9 meses)

Mamografías (Carencia 6 meses)

Colposcopia (Carencia 3 meses)

OTRAS TECNICAS

Hematología (Carencia 3 meses)

Anatomía Patológica (Carencia 3 meses)

Gammagrafías (Carencia 6 meses)

Otras Pruebas de Isotopos Radioactivos (Carencia 6 meses)

Densitometría (Carencia 3 meses)

Electromiografías (Carencia 6 meses)

Electroencefalogramas (Carencia 6 meses)

Polisomnografía (Excluido CPAP) (Carencia 6 meses)

Endoscopias (Carencia 6 meses)

Panendoscopia (Carencia 6 meses)
Ergometría (Carencia 6 meses)
Holter (Carencia 3 meses)
Audiometría (Carencia 3 meses)
Potenciales Evocados (Carencia 6 meses)
Pruebas Funcionales Respiratorias (Carencia 3 meses)
Pruebas de alergias (Carencia 6 meses)
P.E.T. (Carencia 9 meses)
Citología Vaginal (Carencia 3 meses)
Anatomía Patológica (Biopsias, Citologías) (Carencia 6 meses)

E) TRATAMIENTO TERAPEUTICO

Se realizara por prescripción de un médico de la mutualidad en los centros destinados por los mismos.

PERIODO DE CARENCIA DE 6 MESES

Fisioterapia y Rehabilitación: Se prestará con carácter ambulante por prescripción de un médico de la mutualidad y siempre que hayan sido contraídos con posterioridad a la fecha del efecto de la póliza. Solo se cubre la rehabilitación derivada de la especialidad de Traumatología y Reumatología.

PERIODO DE CARENCIA DE 10 MESES:

- Litotricias
- Oncología Médica y Radioterapia.

Las prótesis de todo tipo quedan incluidas en la cobertura con un reembolso del 40% de su valor hasta un máximo de 1200€

Tratamientos con Citostáticos en Oncología 40% de reintegro en tratamientos ambulantes y/o hospitalización de día.

El Tratamiento de Láser Verde queda incluido a partir de los 50 años con un reembolso 1200 €.

F) HOSPITALIZACION

Todos los servicios de hospitalización deberán ser prescritos por un médico de la entidad y los ingresos deberán efectuarse en los centros médicos designados por la mutualidad y que figuran en el boletín de servicios.

El ingreso se efectuará en habitación individual con derecho a cama para el acompañante, **excepto en UVI**. En UVI, el ingreso total anual será solo de 20 días.

Serán por cuenta de la mutualidad: el tratamiento, estancia y gastos de quirófano.

1. HOSPITALIZACION QUIRURGICA

PERIODO DE CARENCIA DE 6 MESES (salvo urgencia inmediata o vital)

Intervenciones quirúrgicas

PERIODO DE CARENCIA DE 10 MESES (salvo urgencia inmediata o vital)

Intervenciones cirugía cardíacas

2. HOSPITALIZACION MÉDICA

PERIODO DE CARENCIA DE 6 MESES (salvo urgencia inmediata o vital)

El ingreso hospitalario no quirúrgico será sin límite de días.

3. HOSPITALIZACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

PERIODO DE CARENCIA DE 6 MESES (salvo urgencia inmediata y vital)

La Mutualidad limita la cobertura de este tipo de ingresos a **veinte días al año**.

4. HOSPITALIZACION PSIQUIATRICA

PERIODO DE CARENCIA DE 6 MESES

La Mutualidad limita la cobertura de este tipo de ingresos a **veinte días al año**.

5. HOSPITALIZACION OBSTRETICA

PARTOS: SIN PERIODO DE CARENCIA. *La Mutualista correrá con los gastos del parto según baremos de la Mutualidad, en caso de estar embarazada de menos de 8 meses.*

Cubre habitación individual con cama para el acompañante, Neonatólogo, Nido y UVI neonatológica, si procede.

G) ATENCIÓN VETERINARIA A MASCOTAS:

- *El reembolso será de 20€.*
- *Máximo de cuatro consultas al año.*

CLAUSULA QUINTA.-OTRAS EXCLUSIONES DE LA POLIZA

En la póliza quedan excluidas las siguientes prestaciones:

1. La asistencia sanitaria exigible en el tratamiento por causa de accidentes laborales, profesionales, actividades deportivas de riesgo o de alta competición, accidentes derivados de la utilización de vehículos a motor y defectos, deformaciones o enfermedades no declaradas a la formalización del seguro de asistencia médica.

2. Los hechos de guerras, catástrofes, rayos, epidemias declaradas oficialmente, daños ocurridos a las personas por atentados terroristas o cualquier otro tipo de violencia.

3. Los daños producidos por explosiones nucleares o radioactivas.

4. Las técnicas de hipnosis, psicoterapias, psicoanálisis, test psicológicos, terapias educativas (de lenguaje, enfermos psiquiátricos, etc.)

Al igual que la hospitalización por causas sociales o el requerimiento de asistencia médica domiciliaría por la misma causa.

5. La cirugía plástica meramente estética, tratamientos capilares con finalidad puramente estética, así como baños termales, curas de reposo y adelgazamiento (balneario terapia).

6. La asistencia sanitaria incluida dentro de programas especializados de atención nacional (Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida y sus consecuencias), así como trasplantes y todas aquellas asistencias sanitarias que en el futuro puedan estar incluidas dentro del programa de asistencia especializada de atención nacional.

7. La asistencia sanitaria derivada del alcoholismo tanto agudo como crónico, drogadicción, intento de suicidio, autolesiones e intoxicaciones por ingestión de bebidas alcohólicas, de psicofármacos o alucinógenos o cualquier otro tipo de drogadicción o intoxicación que la mutualidad considere que perjudica gravemente la salud de su mutualista.

8. Cualquier intervención por medico ajeno a la mutualidad ya se trate de un acto médico o quirúrgico.

9. El tratamiento de patologías congénitas y/o hereditarias.

CLAUSULA SEXTA –PAGO DE LAS PRIMAS

El tomador del seguro está obligado al pago de la prima, que se efectuará por domiciliación bancaria.

Si se han pactado primas periódicas, la primera prima será exigible a la firma de este contrato de seguro, y si no hubiera sido pagada por culpa del Tomador, el Asegurador tendrá derecho a resolver el contrato o a exigir su pago por la vía que estime oportuna, incluso la judicial, y si no hubiera sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el Asegurador quedará liberado de su obligación.

En caso de falta de pago de la segunda y/o sucesivas primas o cuotas, la cobertura del Asegurador quedará suspendida un mes después del día de su vencimiento, y si no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes a dicho vencimiento, se

entenderá que el contrato quedará extinguido; si el contrato no hubiera sido resuelto o extinguido conforme a las condiciones anteriores, la cobertura volverá a tener efecto a las 24 horas del día en que el Tomador abone la prima.

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

CLAUSULA SEPTIMA.- FORMA DE PRESTAR LOS SERVICIOS

La asistencia sanitaria se prestará dentro de los límites y condiciones estipuladas en el presente Reglamento, proporcionando la Compañía al Tomador del seguro y/o al Asegurado la asistencia médica y quirúrgica en toda clase de enfermedades comprendidas en las especialidades y modalidades que figuran descritas en el presente Reglamento.

Las visitas domiciliarias se efectuarán únicamente cuando por motivos que dependan solo de la enfermedad que aqueje al Asegurado, éste no pueda trasladarse a la consulta del facultativo.

La petición de hora de consulta se efectuara, en el horario señalado en el correspondiente BOLETIN DE SERVICIOS.

En casos de urgencia el Asegurado deberá acudir al servicio permanente que en cada momento tenga establecido la Mutualidad, utilizando el número de teléfono que figure en el carnet que se ha de entregar al Asegurado, o en cualquier otro documento complementario; y si la urgencia o gravedad del caso así lo aconsejara, a los servicios de urgencia hospitalaria concertados por la Entidad que figuran en el Boletín de Servicios Asistenciales.

La Entidad Aseguradora no se hace responsable, y por ello no abonará honorarios de facultativos ajenos al cuadro médico de la Entidad.

La prestación de un servicio asistencial deberá ser prescrita y ordenada por escrito por un médico de la Entidad; la hospitalización requerirá, además, la confirmación por parte de la Sociedad Filantrópica mediante extensión del oportuno volante o facilitación de la clave que sea necesaria.

En los casos de urgencia será suficiente a estos efectos la orden del médico, pero el Asegurado deberá obtener la confirmación de la Entidad dentro de las setenta y dos horas siguientes a su ingreso en el Centro Hospitalario.

El servicio de ATS y practicantes, si es urgente o debe prestarse domiciliariamente, deberá canalizarse a través de las atenciones domiciliarias llamando al número de teléfono que figura a tal fin en el Boletín de Servicios Asistenciales.

Para los servicios de carácter ambulante en los que el Mutualista se desplaza a la consulta del ATS, el Asegurado elegirá el servicio que tenga por conveniente y la

Sociedad Filantrópica le reintegrará el importe de la factura con el límite máximo de 4,15 euros la unidad, o cualquier otra cuantía que en el futuro determine la Compañía Aseguradora y se publique en el Boletín de Servicios Asistenciales; para dicho reintegro será requisito imprescindible la presentación en las oficinas de la Sociedad del volante de prescripción facultativo y la factura de quien haya prestado el servicio.

A efectos de este seguro se entiende comunicado el siniestro al solicitar el Asegurado la prestación del servicio.

CLAUSULA OCTAVA.- SERVICIO DE URGENCIA

El Asegurador asume la necesaria asistencia de carácter urgente, de acuerdo con lo previsto en el presente Reglamento y con los servicios cubiertos por este contrato de seguro.

Para recibir cualquier servicio de urgencia deberá solicitarse accediendo al Centro o Centros permanentes de urgencia que a tal fin tenga establecidos la Entidad y que, con su respectivo teléfono, figuran consignados en el Boletín de Servicios Asistenciales.

Las urgencias se prestarán única y exclusivamente en los Centros indicados.

La asistencia domiciliaria sólo se prestará cuando el Asegurado no pueda, por razones de enfermedad, acudir a la consulta del facultativo correspondiente; se solicitará mediante llamada al teléfono que a tal fin figura consignado en el Boletín de Servicios Asistenciales, y tendrá por objeto la visita de un facultativo, que será quien disponga, en su caso, la asistencia al Asegurado como urgencia hospitalaria.

CLAUSULA NOVENA- OBLIGACIONES DEL TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO

El Tomador del seguro y, en su caso, el Asegurado, tienen las siguientes obligaciones:

1. Declarar al Asegurador todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo, y cumplimentar con total veracidad el cuestionario de salud que a tal fin se le facilite.
2. Comunicar al Asegurador, durante el curso del contrato de seguro y tan pronto como le sea posible, todas las circunstancias que puedan agravar el riesgo y/o sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la firma del contrato, no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas.

En tales circunstancias el Asegurador podrá proponer una modificación de las condiciones o rescindir el contrato.

3. Comunicar al Asegurador, tan pronto como se produzca, el cambio de domicilio del Tomador y, en su caso, del Asegurado.

4. 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 al Asegurador, liberará a éste de toda prestación derivada del siniestro.

5. Facilitar la subrogación que a favor del Asegurador establece al artículo 43 de la Ley de Contrato de Seguro.

6. Acreditar ante los médicos, demás personal sanitario, clínicas y/o Hospitales su condición de Asegurado, mediante la exhibición del carnet de mutualista y el justificante de estar al corriente en el pago de la prima y/o cuotas.

El Tomador del seguro, y los Asegurados, en su caso, perderán el derecho a la prestación garantizada si incumplen el contenido de las obligaciones contempladas en los números 1, 2 Y 5 de la presente cláusula.

CLAUSULA DÉCIMA- OBLIGACIONES DE LA ASEGURADORA

La Compañía Aseguradora tendrá las siguientes obligaciones específicas:

1. Prestar la asistencia médico-quirúrgica en los términos y bajo las condiciones, períodos de carencia, limitaciones y exclusiones contenidas en el presente Reglamento y, en su caso, en las condiciones particulares del contrato de seguro.

2. Entregar al Tomador del seguro la documentación e información precisas para la correcta utilización de los servicios sanitarios Asegurados.

CLAUSULA UNDÉCIMA - INDISPUTABILIDAD DEL CONTRATO

La póliza será indisputable en cuanto al estado de salud del Asegurado, transcurridos dos años desde la celebración del contrato, salvo que el Tomador haya actuado con dolo y/o tuviera conocimiento de afección anterior a la firma del contrato no reseñada al momento de su conclusión, ni consignada en el cuestionario de salud.

CLAUSULA DUODÉCIMA - COMUNICACIONES

Las comunicaciones al Asegurador, por parte del Tomador del seguro, y del Asegurado, en su caso, se realizarán en el domicilio social de la Entidad, señalado en el contrato.

Las comunicaciones del Asegurador al Tomador del seguro, o al Asegurado, en su caso, se realizarán en el domicilio que conste en el contrato, salvo que hubiesen notificado el cambio de su domicilio al Asegurador.

CLAUSULA DÉCIMO-TERCERA - RECLAMACIONES DEL TOMADOR DEL SEGURO

En caso de reclamación, el Tomador del seguro o en su defecto los Asegurados, podrán optar por cualquiera de las siguientes opciones, o por ambas a la vez:

a.- Acudir al sistema de reclamación que la Aseguradora tiene establecido por medio del Servicio de Atención al Mutualista, de acuerdo con el Reglamento regulador de tal Servicio, y, si su reclamación fuera denegada por tal Servicio, o transcurrieran más de dos meses desde el planteamiento de la reclamación sin que hubiera sido resuelta, podrá entonces y a partir de dichos momentos acudir el Mutualista ante el Comisionado para la defensa del Asegurador y del Partícipe en Planes de Pensiones para reiterar su reclamación o queja.

b.- Acudir a los Tribunales de Justicia sometiendo a su resolución las reclamaciones que se produzcan.

CLAUSULA DECIMO-CUARTA- JURISDICCION COMPETENTE

Será Juez competente para el conocimiento de todas las acciones derivadas del presente contrato de seguro el del domicilio del Tomador del seguro.

CLAUSULA DECIMO-QUINTA- ACTUALIZACION ANUAL DE PRIMA

La prima o cuotas del presente contrato de seguro se modificarán anualmente teniendo en consideración lo dispuesto en Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, y en su Reglamento, y en función de los cálculos técnico-actuariales que se realicen al efecto, y en base a los acuerdos que se adopten en las Juntas Directivas o en las Juntas Generales de la Entidad.

FIRMA: El Tomador del Seguro

FIRMA: Compañía, Colaborador

Cláusula adicional a la póliza

El tomador del seguro ha tomado conocimiento directo e informado de las cláusulas de ésta póliza que implican limitaciones de derechos y/o exclusiones, y/o periodos de carencia, que vienen destacadas en negrita y cursiva, declarando en éste mismo acto y con su firma que las acepta en su integridad.

Todos los servicios asistenciales, de cualquier clase que sean, a los que se refiere esta póliza, deberán ser prestados inexcusablemente por los facultativos, centros hospitalarios, clínicas, y centros de diagnóstico propios de la Entidad, incluidos en su cuadro médico, asistencial y hospitalario, con la única excepción de los servicios que la Entidad tenga que prestar a los mutualistas fuera de España, con motivo de la realización de cualquier viaje de los incluidos en la presente póliza"