SUS CONDICIONES GENERALES



Sanitas Sociedad Anónima de Seguros

Inscrita el 10 de febrero de 1958 con la clave C-320 en el Registro Especial de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

Entidad domiciliada en España, Ribera del Loira, 52 – 28042 Madrid.

Registro Mercantil de Madrid, hoja 4.530, tomo 1.241, libro 721, secc. 3ª, Insc. 1.

C.I.F. A-28037042

ÍNDICE

Sus condiciones generales

Cláusula preliminar.....6

Glosario de términos.....7

Cláusula I: Coberturas.....11

COBERTURAS PRINCIPALES DE LA PÓLIZA.....11

1. Asistencia primaria.....11

1.1. Medicina General.....11

1.2. Pediatría y Puericultura.....11

1.2.1. Asistencia al recién nacido.....11

1.2.2. Programa de salud infantil.....11

1.3. Servicio de A.T.S./D.U.E.....11

2. Urgencias.....11

Sanitas 24 horas.....12

3. Especialidades médicas.....12

3.1. Alergia e Inmunología.....12

3.2. Análisis Clínicos.....12

3.3. Anatomía Patológica.....12

3.4. Anestesiología y Reanimación.....12

3.5. Angiología y Cirugía vascular.....12

3.6. Aparato Digestivo.....12

3.7. Cardiología.....12

3.8. Cirugía Cardiovascular.....12

3.9. Cirugía General y del Aparato Digestivo.....12

3.10. Cirugía Oral y Maxilofacial.....12

3.11. Cirugía Ortopédica y Traumatológica.....12

3.12. Cirugía Pediátrica.....13

3.13. Cirugía Plástica y Reparadora.....13

3.14. Cirugía Torácica.....13

3.15. Dermatología.....13

3.16. Endocrinología.....13

3.17. Geriatría....13
3.18. Ginecología....13
3.19. Hematología y Hemoterapia....13
3.20. Medicina Interna....13
3.21. Medicina Nuclear....13
3.22. Médicos y Cirujanos Consultores....14
3.23. Nefrología....14
3.24. Neonatología....14
3.25. Neumología....14
3.26. Neurocirugía....14
3.27. Neurología....14
3.28. Obstetricia....14
3.29. Oftalmología....14
3.30. Oncología....14
3.31. Otorrinolaringología....14
3.32. Proctología....14
3.33. Psiquiatría....14
3.34. Radiodiagnóstico-Diagnóstico por Imagen....14
3.35. Radiología Intervencionista o Invasiva....15
3.36. Radioterapia....15
3.37. Rehabilitación....15
3.38. Reumatología....15
3.39. Urología....15

4. Otros servicios asistenciales....15
4.1. Aerosolterapia y Ventiloterapia....15
4.2. Ambulancia....15
4.3. Atención Especial en Domicilio....15
4.4. Hemodiálisis....15
4.5. Litotricia del aparato urinario....15
4.6. Logofoniatría....15
4.7. Odontoestomatología....16
4.8. Oxigenoterapia....16
4.9. Podología (Quiropodia)....16
4.10. Prótesis....16
4.11. Quimioterapia....16
4.12. Tratamiento del Dolor....17

5. Asistencia hospitalaria....17

COBERTURAS ADICIONALES DE LA PÓLIZA....18

Segunda opinión médica....19

Cobertura en Estados Unidos....19
Asistencia de urgencias en el extranjero....19
Cláusula II: Coberturas excluidas....23
Cláusula III: Periodos de carencia....26
Cláusula IV: Forma de prestar los servicios....27
Cláusula V: Otros aspectos de su seguro....31
1. Bases, pérdida de derechos y rescisión del contrato....31
2. Duración del seguro....31
3. Primas del seguro....32
4. Derechos y deberes....33
5. Reclamaciones....34
6. Otros aspectos legales a tener en cuenta....35
7. Otros....37
8. Jurisdicción....37

Cláusula preliminar

El presente contrato se rige, por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de octubre de Contrato de Seguro (B.O.E. de 17 de Octubre de 1980); por la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, y su Reglamento de Desarrollo (Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, por la Ley 22/2007 de 11 de julio, sobre comercialización a distancia de servicios financieros destinados a los consumidores, la Ley 26/2006, de 17 de julio, de mediación de seguros y reaseguros privados, y por lo convenido en las presentes Condiciones Generales y en las Particulares.

Serán de aplicación las cláusulas limitativas de los derechos de los Asegurados que están resaltadas en negrita y que sean específicamente aceptadas.

Glosario de términos

A los efectos del presente documento del Producto **Health Plan Complete** se entiende por:

TÉRMINOS ASEGURADORES

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

ANTIGÜEDAD
Supone el reconocimiento al Asegurado de determinados derechos por permanencia en SANITAS, que se especificarán en las Condiciones Particulares.

ASEGURADO
Cada persona incluida en la póliza y especificada en las Condiciones Particulares, con derecho a percibir las prestaciones del seguro, y que puede o no coincidir con la persona del Tomador.

BENEFICIARIO
Persona a quien el Tomador del seguro reconoce el derecho a percibir, en la cuantía que corresponda, la indemnización o prestación derivada de este contrato.

COPAGO
Participación del Asegurado en la cuantía del coste del acto médico o serie de actos, según el servicio médico requerido, recibido de los profesionales o centros que presten el mismo, y que se abonará directamente a SANITAS.

CUESTIONARIO DE SALUD
Declaración realizada y firmada por el Tomador o Asegurado antes de la formalización de la póliza que sirve a SANITAS para la valoración del riesgo que es objeto del seguro.

DOLO
Acción u omisión cometida con fraude o engaño con la intención de producir un daño u obtener un beneficio afectando los intereses de un tercero.

DOMICILIO DEL ASEGURADO
Es aquel donde resida el Asegurado y que conste expresamente mencionado en las condiciones particulares de la póliza.

ENTIDAD ASEGURADORA
SANITAS, Sociedad Anónima de Seguros, persona jurídica que asume el riesgo contractualmente pactado.

FRANQUICIA
Cuantía de los gastos médicos y/u hospitalarios no incluidos en la cobertura del seguro que, conforme a lo establecido en las correspondientes garantías, son abonados por el propio Tomador del Seguro o Asegurado al proveedor médico.

PARTICIPACIÓN EN GASTOS
Con carácter previo al acceso a determinadas coberturas, el Asegurado deberá abonar en un único pago a SANITAS, una cuantía específica en función del grado de dificultad de las mismas.

PLAZOS DE CARENCIA
Periodo de tiempo (computado por meses transcurridos a partir de la fecha de efecto de alta de cada Asegurado en la póliza) durante el cual no entran en vigor algunas de las coberturas incluidas dentro de las garantías que recoja la misma.

PÓLIZA
Documento escrito que contiene las condiciones reguladoras del seguro, así como los derechos y deberes de las partes y que sirve de prueba de la existencia del mismo. Forman parte integrante de la póliza: la solicitud de seguro, el Cuestionario de Salud, las Condiciones Generales, las Particulares, las Adicionales y Complementarias o Apéndices que se añadan a la misma, para completarla o modificarla.

PREEXISTENCIA
Estado o condición de la salud (enfermedad, lesión o defecto) no necesariamente patológicos sufridos por el Asegurado con anterioridad a la fecha de su inclusión en la póliza.

PRESTACIÓN
Realización por SANITAS de las garantías comprometidas en la póliza.

PRIMA
Es el precio del seguro, es decir, la cantidad que el Tomador del Seguro o Asegurado debe abonar a SANITAS. Contendrá, además, los recargos, tasas e impuestos que sean de legal aplicación.

SINIESTRO
Todo hecho cuyas consecuencias estén total o parcialmente cubiertas por la póliza y que formen parte del objeto del seguro. Se considera que constituye un sólo y único siniestro el conjunto de servicios derivados de una misma causa.

SEGUNDO PAIS EUROPEO DE COBERTURA
Es el país (además de España) designado en las Condiciones Particulares por el Asegurado en el momento de la contratación de la póliza para recibir cobertura médica, de acuerdo a los términos y condiciones de la póliza. Una vez designado no podrá modificarlo sin autorización del Asegurador.

TOMADOR DEL SEGURO
Es la persona, física o jurídica que junto con SANITAS suscribe este contrato y que puede ser igual o distinta que el Asegurado, y a la que corresponden las obligaciones que del mismo se derivan, especialmente el pago de la prima, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado.

TÉRMINOS SANITARIOS

ASISTENCIA SANITARIA
Acto de atender o cuidar la salud de una persona.

ASISTENCIA SANITARIA HOSPITALARIA / CON HOSPITALIZACIÓN
Es la asistencia prestada en un centro hospitalario en régimen de internamiento, con registro de entrada y permanencia del Asegurado como paciente, durante un mínimo de 24 horas, para el tratamiento médico, diagnostico, quirúrgico o terapéutico del mismo.

ASISTENCIA SANITARIA SIN HOSPITALIZACIÓN / AMBULATORIA
Es la asistencia médica, diagnóstica, quirúrgica o terapéutica prestada en consultorios médicos, y/o en el hospital que no suponga hospitalización.

ASISTENCIA POR MOTIVOS DE TIPO SOCIAL
Toda asistencia que no resulte necesaria, según la práctica usual y de conformidad con una buena praxis médica, para el tratamiento de patologías debidamente diagnosticadas.

CONSULTA
Acción de atender y examinar el médico a un enfermo realizando las exploraciones y pruebas médicas necesarias para obtener un diagnóstico o un pronóstico y prescribir un tratamiento.

DIAGNÓSTICO
Juicio médico sobre la naturaleza de la enfermedad o lesión de un paciente, basado en la valoración de sus síntomas y signos y en la realización de pruebas complementarias correspondientes.

D.U.E./ENFERMERO/A.T.S.
Diplomado Universitario en Enfermería, o Asistente Técnico Sanitario legalmente capacitado y autorizado para desarrollar la actividad de enfermería.

ENFERMEDAD
Toda alteración del estado de salud, que no sea consecuencia de accidente o lesión, y cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por un profesional sanitario legalmente reconocido, y que haga precisa la asistencia facultativa.

ENFERMEDAD CONGÉNITA
Es aquella que existe en el momento del nacimiento, como consecuencia de factores hereditarios o afecciones adquiridas durante la gestación hasta el mismo momento del nacimiento. Una afección congénita puede manifestarse y ser reconocida inmediatamente después del nacimiento, o bien ser descubierta más tarde, en cualquier periodo de la vida del individuo.

GUÍA ORIENTADORA DE MÉDICOS Y SERVICIOS
Profesionales y centros sanitarios pertenecientes al cuadro médico correspondiente a esta póliza y recomendados por SANITAS para la prestación de los servicios objeto del seguro. La Guía puede sufrir modificaciones durante la vigencia de la póliza. Los asegurados tienen a su disposición en las oficinas de SANITAS una relación completa y actualizada de los facultativos y entidades que conforman el cuadro médico de esta póliza.

HABITACIÓN CONVENCIONAL
Habitación de una sola estancia o habitáculo, dotada de los equipamientos necesarios para la asistencia sanitaria. No se entienden como convencionales las suites o habitaciones con antesala.

HOSPITAL
Todo establecimiento público o privado legalmente autorizado para el tratamiento de enfermedades o lesiones o accidentes, provisto de presencia médica permanente y de los medios necesarios para efectuar diagnósticos, tratamientos médicos e intervenciones quirúrgicas y que permita el ingreso del paciente.

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

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA
Toda intervención con fines diagnósticos o terapéuticos, realizada mediante cirugía efectuada por un médico especialista competente en un centro autorizado (hospitalario o extra hospitalario) y que requiere normalmente la utilización de una sala específica dotada del equipamiento necesario.

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

MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS
Piezas de cualquier naturaleza empleadas para la unión de los extremos de un hueso fracturado o para soldar extremos articulares.

MATERIAL ORTOPÉDICO
Piezas anatómicas de cualquier naturaleza utilizadas para prevenir o corregir las deformidades del cuerpo.

MÉDICO
Doctor o Licenciado en Medicina legalmente capacitado y autorizado para tratar médica o quirúrgicamente las enfermedades o lesiones.

RECIÉN NACIDO
Es la etapa diferenciada de la vida que se extiende durante cuatro semanas a partir de su nacimiento.

PARTO
Se define como la salida de uno (o más) recién nacidos y la(s) placenta desde el interior de la cavidad uterina al exterior. El parto normal o a término es aquél que se produce entre la 37ª y la 42ª semana desde la fecha de la última menstruación. Los partos ocurridos antes de las 37 semanas se consideran partos prematuros y los que ocurren después de las 42 semanas se consideran partos post-término.

PATOLOGÍA ORGÁNICA
Lesión estructural en tejidos u órganos del cuerpo humano

PRÓTESIS
Todo elemento de cualquier naturaleza, que reemplaza temporal o permanentemente la ausencia de un órgano, tejido, fluido orgánico, miembro o parte de alguno de éstos. A título de ejemplo, tienen esa consideración los

elementos mecánicos (sustituciones articulares) o biológicos (recambios valvulares cardiacos, ligamentos) lentes intraoculares, reservorios de medicamentos, etc.

PSICOLOGÍA
Ciencia que implica la aplicación práctica del conocimiento, habilidades y técnicas para el diagnóstico, prevención o solución de problemas individuales o sociales, especialmente en cuanto a la interacción entre el individuo y el entorno físico y social.

SERVICIOS A DOMICILIO
Visita en el domicilio que figura en la póliza y a solicitud del Asegurado por parte de médico de familia, pediatra/puericultor, A.T.S. o D.U.E., en aquellos casos en que el Asegurado se encuentre, por razón de su enfermedad, incapacitado para trasladarse al consultorio.

SERVICIOS DE ASISTENCIA URGENTE
Asistencia en caso justificado tanto en el domicilio del Asegurado, como en cualquier otro lugar del territorio nacional donde se encuentre el Asegurado, siempre que SANITAS tenga concertada la prestación de este servicio en dicho lugar. El servicio será prestado por médico de familia y/o A.T.S. o D.U.E.

TRATAMIENTO
Conjunto de medios de cualquier tipo (higiénicos, farmacológicos, quirúrgicos o bien físicos), los cuales tendrán como finalidad primaria la curación o el alivio de enfermedades o algunas de estas, una vez que ya se ha llevado al diagnóstico de las mismas.

URGENCIA
Se considera “Urgencia” a toda situación clínica que no lleve aparejado un compromiso vital o daño irreparable en la integridad física del paciente, que precise una pronta atención sanitaria.

URGENCIA VITAL
Es aquella situación clínica que requiere atención médica inmediata, dado que un retraso en la misma puede derivar un compromiso vital o daño irreparable en la integridad física del paciente.

Cláusula I: Coberturas

COBERTURAS PRINCIPALES DE LA PÓLIZA

Con carácter general y con las limitaciones y exclusiones resaltadas en el condicionado de esta póliza, las prestaciones sanitarias cubiertas son las correspondientes a las siguientes especialidades:

1. Asistencia primaria

1.1. Medicina General

Asistencia médica en consultorio, indicación y prescripción de las pruebas y medios diagnósticos básicos (analítica y radiología general), durante los días y horas establecidos al efecto por el facultativo, y a domicilio cuando por motivos que dependan sólo de la enfermedad que aqueje al Asegurado, el mismo se encuentre impedido de trasladarse al consultorio del médico. En este caso, los avisos para la asistencia domiciliaria deberán ser efectuados por el Asegurado al facultativo telefónicamente entre las 9,00 y las 16,00 horas. En los casos urgentes el Asegurado deberá acudir a los servicios permanentes de urgencia que tiene establecidos la Entidad Aseguradora, o bien ponerse en contacto con el servicio telefónico que para este fin aparece en la Guía Orientadora de Médicos y Servicios.

1.2. Pediatría y Puericultura

Comprende la asistencia de niños hasta cumplir los 14 años de edad, en consultorio y a domicilio, la indicación y prescripción de las pruebas y medios diagnósticos básicos (analítica, ecografía y radiología general), aplicándose las mismas normas ya citadas en Medicina General.

1.2.1. Asistencia al recién nacido

Comprende la asistencia sanitaria al recién nacido en centros concertados por la Entidad y los gastos derivados de la misma, **siempre y cuando el recién nacido esté dado de alta en la Aseguradora**.

1.2.2. Programa de salud infantil

Comprende la preparación psicoprofiláctica al parto con clases prácticas y teóricas de puericultura, psicología, escuela de padres durante el primer año de vida del niño y exámenes de salud al recién nacido, incluyendo pruebas de metabolopatías, audiometría, otoemisiones, test de agudeza visual, ecografía neonatal, así como un programa de controles de salud en las edades clave del desarrollo durante los cuatro primeros años. No se incluyen programas similares fuera del cuadro médico del Asegurador y en el segundo país europeo de cobertura que figura en las Condiciones Particulares.

1.3. Servicio de A.T.S./D.U.E.

Asistencia en consultorio y a domicilio, este último caso sólo previa prescripción de un médico de la Entidad y efectuando los avisos en la forma señalada en el apartado 1.1. relativo a la Medicina General.

2. Urgencias

En el cuadro médico de SANITAS en España, la asistencia sanitaria en los casos de urgencias ambulatorias se prestará en los centros de urgencia permanente que indique la Guía Orientadora de Médicos y Servicios, pudiendo también SANITAS ponerse en contacto con el servicio telefónico que para este fin aparece en la Guía Orientadora de Médicos y Servicios. En caso justificado, se atenderá al Asegurado, en el lugar donde se encuentre por los servicios permanentes de guardia únicamente en aquellas poblaciones en las que SANITAS tenga concertada la prestaciones de dicho servicio.

La asistencia sanitaria en caso de urgencia ambulatoria recibida fuera de cuadro médico de SANITAS en España o en el segundo país europeo de cobertura que figura en las Condiciones Particulares,

no está sujeta a lo expuesto en el párrafo anterior, si bien debe ser prestada en centros autorizados para ello por las autoridades competentes del país donde se recibe el servicio médico. Cuando esté médicamente justificado, la asistencia puede ser recibida en el domicilio del Asegurado por un médico generalista o de familia legalmente facultado y reconocido por las autoridades competentes del país donde se recibe la asistencia.

Sanitas 24 horas

Servicio telefónico que comprende la atención informativa facilitada por un equipo médico, que asesorará al Asegurado sobre sus preguntas de carácter médico, tratamientos, medicación, lectura de análisis, etc., las 24 horas del día, los 365 días del año.

3. Especialidades médicas

Las pruebas diagnósticas serán realizadas por los servicios que el Asegurador designe y será necesaria la prescripción escrita de un médico de la entidad.

3.1. Alergia e Inmunología

Las autovacunas serán por cuenta del Asegurado.

3.2. Análisis Clínicos

3.3. Anatomía Patológica

3.4. Anestesiología y Reanimación.

3.5. Angiología y Cirugía vascular

3.6. Aparato Digestivo

Incluye un programa de prevención del cáncer colorrectal para personas mayores de 40 años, que comprende consulta médica, exploración física, test específico y colonoscopia en caso necesario. **En personas menores de 40 años, será necesaria la previa prescripción escrita de un médico de la Entidad Aseguradora. No se incluyen programas similares fuera del cuadro médico del Asegurador y en el segundo país europeo de cobertura que figura en las Condiciones Particulares.**

La prueba diagnóstica fibroescan está comprendida, **una vez al año, solo para evaluar la evolución del grado de fibrosis hepática en hepatopatías crónicas, con exclusión de las que tienen alguna relación con el alcoholismo.**

La técnica de disección endoscópica submucosa **se incluye únicamente para el tratamiento de lesiones de la mucosa gástrica/colorectal, premaligna o maligna incipiente en las que se ha descartado polipectomía convencional y que se plantea el tratamiento quirúrgico.**

3.7. Cardiología

Incluye un programa de prevención del riesgo coronario en personas mayores de 40 años, que comprende consulta cardiológica, electrocardiogramas y la realización de la analítica y pruebas complementarias pertinentes. **En personas menores de 40 años, será necesaria la previa prescripción escrita de un médico de la Entidad Aseguradora.** No se incluyen programas similares fuera del cuadro médico del Asegurador y en el segundo país europeo de cobertura que figura en las Condiciones Particulares.

3.8. Cirugía Cardiovascular

3.9. Cirugía General y del Aparato Digestivo

Incluye la vía laparoscópica en aquellas intervenciones del aparato digestivo en las que se ha demostrado su eficacia.

3.10. Cirugía Oral y Maxilofacial

3.11. Cirugía Ortopédica y Traumatológica

Incluye la cirugía artroscópica, cirugía de la mano, nucleotomía percutánea y quimionucleolisis, así como los injertos óseos de materiales biológicos.

3.12. Cirugía Pediátrica

3.13. Cirugía Plástica y Reparadora

3.14. Cirugía Torácica

3.15. Dermatología

3.16. Endocrinología

3.17. Geriatría

Queda excluido cualquier internamiento o asistencia derivados de problemas de tipo social.

3.18. Ginecología

Incluye la medicina preventiva, con exámenes periódicos encaminados al diagnóstico precoz de neoplasias de mama y cuello uterino. También incluye el estudio y diagnóstico de la infertilidad y este-rilidad, así como las intervenciones ginecológicas por vía laparoscópica. También incluye el drenaje linfático.

Incluye la planificación familiar por anovulatorios (consulta, tratamiento y revisión), la implantación de D.I.U. (siendo por cuenta del Asegurado el coste del dispositivo) y el tratamiento de sus posibles complicaciones.

No se incluyen servicios similares fuera del cuadro médico del Asegurador y en el segundo país europeo de cobertura que figura en las Condiciones Particulares.

3.19. Hematología y Hemoterapia

3.20. Medicina Interna

3.21. Medicina Nuclear

Los medios de contraste son por cuenta de SANITAS.

El PET y PET/ TC son objeto de cobertura **exclusivamente para las indicaciones autorizadas por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios con el fármaco 18-fludesoxiglucosa (18 FDG).**

Dichas indicaciones son concretamente las siguientes:

A) Oncología Diagnóstico:

- Caracterización del nódulo pulmonar solitario.
- Detección del tumor de origen desconocido evidenciado, por ejemplo, por adenopatía cervical, metástasis hepáticas u óseas.
- Caracterización de una masa pancreática.

B) Estadificación:

- Tumores de cabeza y cuello, incluyendo biopsia guiada asistida.
- Cáncer de pulmón primario.
- Cáncer de mama localmente avanzado.
- Cáncer de esófago.
- Carcinoma de páncreas.
- Cáncer colorrectal, especialmente en las recurrencias.
- Linfoma maligno.
- Melanoma maligno, con Breslow mayor de 1,5 mm o metástasis en nódulos linfáticos en el diagnóstico inicial.

C) Monitorización de la respuesta al tratamiento:

- Linfoma maligno.
- Tumores de cabeza y cuello.

D) Detección en caso de sospecha razonable de recidiva:

- Gliomas con alto grado de malignidad (III o IV)
- Tumores de cabeza y cuello.
- Cáncer de tiroides (no medular): pacientes con incremento de los niveles séricos de tiroglobulina y rastreo corporal con yodo radiactivo negativo.
- Cáncer de pulmón primario.
- Cáncer de mama.
- Carcinoma de páncreas.
- Cáncer colorrectal.
- Cáncer de ovario.
- Linfoma maligno.
- Melanoma maligno.

E) Neurología:

- Localización de focos epileptógenos en la valoración prequirúrgica de la epilepsia temporal.

3.22. Médicos y Cirujanos Consultores

El Asegurado podrá ser remitido a determinados médicos y/o cirujanos consultores designados por el Asegurador para casos especiales y a petición razonada de un médico especialista incluido en el cuadro médico.
No se incluye este servicio fuera del cuadro médico del Asegurador y en el segundo país europeo de cobertura que figura en las Condiciones Particulares.

3.23. Nefrología

3.24. Neonatología

3.25. Neumología

3.26. Neurocirugía

3.27. Neurología

3.28. Obstetricia

3.29. Oftalmología

Incluye los tratamientos **por láser por razones estrictamente médicas y el trasplante de córnea (la córnea a trasplantar será por cuenta de SANITAS). Además incluye un chequeo de la visión por socio al año. Excluye causas estéticas y corrección de miopía, hipermetropía y/o astigmatismo.**

3.30. Oncología

Incluye trasplantes autólogos de médula ósea o de células progenitoras de sangre periférica exclusivamente para tratamientos de tumores de estirpe hematológica. Quedan incluidos los reservorios implantables de perfusión endovenosa utilizados en quimioterapia.

3.31. Otorrinolaringología

Comprende la cirugía mediante láser CO2.

3.32. Proctología

3.33. Psiquiatría

Limitada a 90 días totales durante toda la vida de la póliza y de cualquier otra con Sanitas o BUPA Intl.

3.34. Radiodiagnóstico-Diagnóstico por Imagen

También comprende la colonografía realizada mediante tomografía computarizada (TC) en las siguientes indicaciones:

- **Cribado de cáncer de colon y poliposis colónica en pacientes sin historia clínica conocida de cáncer de colon, poliposis o enfermedad inflamatoria intestinal, siempre que presenten antecedentes familiares de estas patologías o sean candidatos al cribado por edad (a partir de 50 años).**

- **Cribado de cáncer de colon y poliposis colónica en pacientes en los que la colonoscopia convencional esté contraindicada por su situación clínica o entrañe un mayor riesgo.**

- **Como complemento a la colonoscopia convencional cuando ésta no haya podido alcanzar la longitud completa del colon.**

La coronariografía por TC: incluida en la garantía únicamente para pacientes sintomáticos que presenten baja o intermedia probabilidad de enfermedad coronaria, en los que no sea posible realizar una prueba de detección de isquemia o ésta sea negativa o no concluyente; pacientes asintomáticos pero con prueba de detección de isquemia positiva o dudosa; para estudio de anomalías coronarias: sospecha de anomalía o identificación del trayecto en paciente ya diagnosticado; para evaluación de venas pulmonares previa a ablación de fibrilación auricular; para estudio coronario previo a cirugía valvular

cardiaca y para evaluación de stents o injertos coronarios.

Queda excluida la valoración del score cálcico.

3.35. Radiología Intervencionista o Invasiva

Previa prescripción escrita de un facultativo de la Entidad y tras la autorización de la misma

3.36. Radioterapia

Incluye el tratamiento con acelerador lineal y la radioneurocirugía en las indicaciones en las que esta técnica esté expresamente indicada y su eficacia comparativa con procedimientos alternativos esté plenamente justificada.

3.37. Rehabilitación

Se prestará, con carácter ambulatorio, exclusivamente para las afecciones del aparato locomotor, en los centros designados por la Entidad. **En régimen hospitalario, queda cubierta la rehabilitación postquirúrgica para recuperación del aparato locomotor secundaria a una cirugía ortopédica y la rehabilitación cardíaca para recuperación postcirugías con circulación extracorpórea**.
Queda excluida la rehabilitación neurológica.

3.38. Reumatología

3.39. Urología

Incluye el estudio y el diagnóstico de la infertilidad y esterilidad. En el cuadro médico del Asegurador, queda también incluida la vasectomía. No se incluye este servicio fuera del cuadro médico del Asegurador y en el segundo país europeo de cobertura que figura en las Condiciones Particulares.

4. Otros servicios asistenciales

Métodos terapéuticos

Serán realizados por los servicios que el Asegurador designe y será necesaria la previa prescripción escrita de un médico especialista de la Entidad.

4.1. Aerosolterapia y Ventiloterapia

En todos los casos los medicamentos serán por cuenta del Asegurado.

4.2. Ambulancia

Se prestará este servicio por vía terrestre para el traslado de los enfermos al hospital y viceversa, siempre y cuando los recursos asistenciales concertados no sean suficientes para atender al asegurado en el lugar donde se halle o éste solicite ir a su provincia de residencia. Para solicitar el servicio será necesario el volante de un médico del Asegurador, diligenciado en la oficina del mismo, salvo los casos urgentes, en que no será necesario dicho volante. **Esta prestación no incluye los traslados requeridos para tratamientos de rehabilitación, realización de pruebas diagnosticas ni asistencia a consultas medicas en régimen ambulatorio.**

4.3. Atención Especial en Domicilio

Se llevará a cabo por los equipos sanitarios que designe la Entidad Aseguradora, previa prescripción de un médico de la misma, cuando la patología del enfermo requiera cuidados especiales sin llegar a precisar ingreso hospitalario y siempre previa prescripción del médico. No comprende la asistencia a problemas de tipo social.

4.4. Hemodiálisis

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

4.5. Litotricia del aparato urinario

4.6. Logofoniatría

Se incluye exclusivamente, cuando es médicamente necesaria como parte del tratamiento de un proceso orgánico.

Se incluye la terapia reeducativa y la reeducación del lenguaje para procesos derivados de accidente cerebro vascular.

No se incluye este servicio fuera del cuadro médico del Asegurador y en el segundo país europeo de cobertura que figura en las Condiciones Particulares

4.7. Odontoestomatología

Incluye únicamente extracciones, curas estomatológicas derivadas de éstas y limpiezas de boca prescritas por odontólogo del Asegurador.
No se incluyen servicios similares fuera del cuadro médico del Asegurador y en el segundo país europeo de cobertura que figura en las Condiciones Particulares.

4.8. Oxigenoterapia

Tanto en supuestos de ingreso en institución hospitalaria como a domicilio. Incluye la oxigenoterapia ambulante exclusivamente **para aquellos pacientes crónicos que requieran tratamiento con oxígeno durante al menos 16 horas al día.**

4.9. Podología (Quiropodia)

Limitado a cinco sesiones anuales. No se incluyen programas similares fuera del cuadro médico del Asegurador y en el segundo país europeo de cobertura que figura en las Condiciones Particulares.

4.10. Prótesis

Comprende exclusivamente previa prescripción escrita de un médico especialista de la entidad y realizado por los servicios que el Asegurador designe, las prótesis y "material implantable" expresamente indicados a continuación:

1. Oftalmología: lente intraocular monofocal utilizada para la cirugía de cataratas.

2. Traumatología y Cirugía Ortopédica: prótesis de cadera, rodilla, y de otras articulaciones; material necesario para la fijación de columna; disco intervertebral; material de interposición intervertebral (o interespinoso); material necesario para vertebroplastia-cifoplastia; material osteo-ligamentoso biológico obtenido de bancos de tejidos nacionales; material de osteosíntesis..

3. Área Cardiovascular: prótesis vasculares -Stent, by-pass periférico o coronario, medicalizado o no medicalizado-, **con exclusión de los empleados en aorta en cualquiera de sus tramos y en los conductos valvulados**; válvulas cardíacas **con exclusión de los conductos valvulados**; marcapasos **con exclusión de cualquier tipo de desfibrilador y del corazon artificial**; coils y/o materiales de embolización.

4. Quimioterapia o Tratamiento del Dolor: reservorios.

5. Otros materiales quirúrgicos: mallas abdominales; sistemas de suspensión urológica; sistemas de derivación de líquido cefalorraquídeo (hidrocefalia); prótesis de mama y expansores, **exclusivamente en la mama afectada por una cirugía tumoral previa**.

En aquellos casos en los que así lo requiera el Asegurador, el asegurado deberá facilitar los informes y/o presupuestos indicados en la cláusula Séptima apartado 1 h).

4.11. Quimioterapia

La Entidad proporcionará la medicación antitumoral que pueda precisar el enfermo, en tantos ciclos como sean necesarios. La prescripción de dicha medicación deberá ser siempre realizada por el médico especialista en oncología que esté encargado de la asistencia al enfermo. Los tratamientos correrán por cuenta de la Entidad, **siempre que se apliquen en centro asistencial, tanto en régimen ambulatorio como en ingreso,** cuando el internamiento se hiciera necesario, y siendo en todos los casos el médico especialista encargado de la

asistencia quien dispondrá la forma y tratamientos a realizar. En estos tratamientos, el Asegurador, por lo que se refiere a los medicamentos, **sólo correrá con los gastos correspondientes a los productos farmacéuticos específicamente citostáticos que se expendan en el mercado nacional en las indicaciones relacionadas en la ficha técnica del producto autorizadas por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios**, y que se expendan en el mercado nacional.

4.12. Tratamiento del Dolor

Quedan incluidos exclusivamente los reservorios implantables (tipo port-a-cath), **y expresamente excluidas las bombas implantables para infusión de medicamentos y los electrodos de estimulación medular.** No se incluyen programas similares fuera del cuadro médico del Asegurador y en el segundo país europeo de cobertura que figura en las Condiciones Particulares.

5. Asistencia hospitalaria

En el Segundo País Europeo de Cobertura, así como fuera del Cuadro Médico del Asegurador en España se realizará previa prescripción escrita de un médico. Para la Hospitalización en el Cuadro Médico del Asegurador en España, será necesaria la previa prescripción de un médico del Asegurador.

La hospitalización se realizará en clínica u hospital ocupando el enfermo habitación individual convencional y cama de acompañante excepto en las hospitalizaciones psiquiátricas, U.V.I., incubadora.

En el Segundo País Europeo de Cobertura no quedan cubiertos gastos adicionales por estancia de acompañante.

Serán a cuenta del Asegurador la asunción total o el reembolso parcial de los gastos hospitalarios correspondientes al tratamiento, estancias, manutención del enfermo, curas y su material, así como los gastos de quirófano, productos anestésicos y medicamentos.

5.1. Hospitalización médica: se realizará previa prescripción escrita de un médico del Asegurador en los centros que designe el mismo, para la atención de personas mayores de 14 años.

5.2. Hospitalización pediátrica: se realizará previa prescripción escrita de un médico del Asegurador en los centros que designe el mismo, para la atención de personas menores de 14 años. Incluye tanto la hospitalización convencional como en incubadora **(en el último caso, no se incluye cama de acompañante)**.

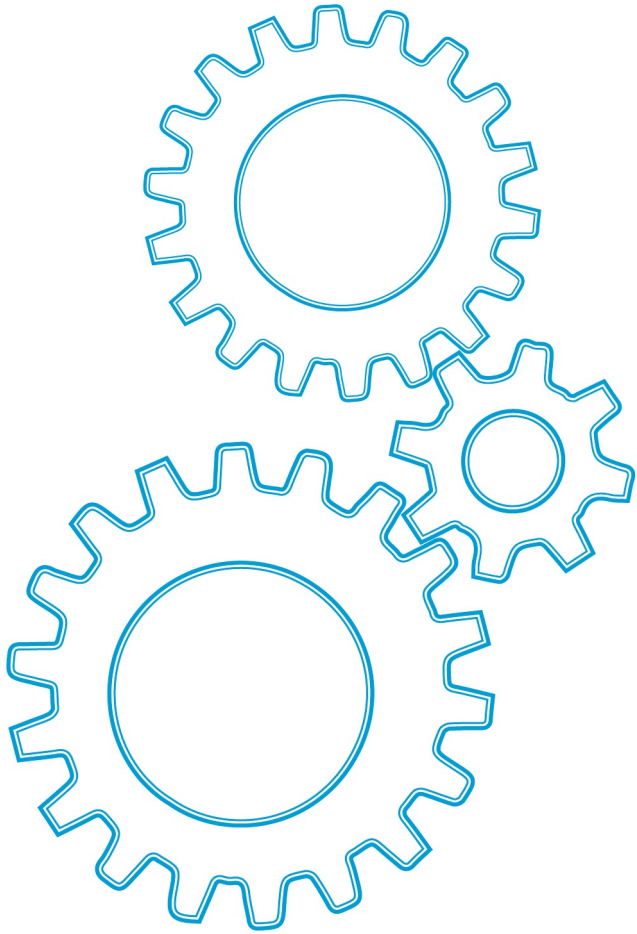
5.3. Hospitalización psiquiátrica: se realizarán los internamientos previa prescripción escrita de un especialista del Asegurador, en centros psiquiátricos designados por el mismo, en habitación individual si la patología lo requiere, **sin cama de acompañante**. Comprenderá los gastos de estancia, la medicación y los tratamientos médicos propios. **Sólo se facilitará para los tratamientos de los brotes agudos que no sean de enfermos crónicos, quedando la estancia limitada a un periodo máximo de cincuenta (50) días durante la vida de esta póliza y de cualquier otra contratada con el Asegurador.**

5.4. Hospitalización en U.V.I. (Unidad de Vigilancia Intensiva): se realizará en los centros designados por el Asegurador, previa prescripción de un médico del mismo, en instalaciones adecuadas, **sin cama de acompañante**.

5.5. Hospitalización quirúrgica: las intervenciones quirúrgicas cuya índole lo requiera, serán practicadas en clínica designada por el Asegurador. La misma asistencia tendrán los partos distócicos o prematuros.

5.6. Hospitalización obstétrica (parto normal en sanatorio): atendido por tocólogo, auxiliado por matrona, e incluyendo los gastos de paritorio.

COBERTURAS ADICIONALES DE LA PÓLIZA



Segunda opinión médica

Comprende una segunda opinión sobre el diagnóstico o tratamiento médico en el caso de enfermedades graves, de carácter crónico, que necesiten una atención programada, cuyo curso requiera medidas excepcionales diagnósticas o terapéuticas y/o su pronóstico vital esté gravemente comprometido. Esta segunda opinión será emitida mediante informe médico por especialistas, centros asistenciales, médicos o académicos de primer nivel, en cualquier país del mundo, designados por SANITAS.

Para utilizar este servicio, el Asegurado remitirá el expediente clínico que comprenderá información médica escrita, radiografías u otros diagnósticos por imagen realizados excluyendo cualquier envío de material biológico o sintético. El expediente se hará llegar, con la debida confidencialidad, al especialista o centro correspondiente según la enfermedad de que se trate.

Cobertura en Estados Unidos

Las garantías objeto de cobertura por esta póliza podrán ser prestadas al Asegurado en Estados Unidos a través de los centros concertados a tal fin por SANITAS, siempre que dichos servicios sean previamente autorizados por SANITAS, la cual gestionará y tramitará los servicios objeto de cobertura.

La cobertura en Estados Unidos alcanza el cien por cien de los gastos médicos hasta los límites de capital por asegurado y anualidad, indicados a continuación:

- Límite total en Estados Unidos: 500.000€.
- Asistencia hospitalaria hasta 500.000€, con el sublímite de parto hasta 5.000€.
- Asistencia extrahospitalaria hasta 35.000€.

La presente cobertura se presta en virtud del acuerdo de colaboración de SANITAS con dichos centros concertados, quedando sin efecto en caso de extinción de dicho acuerdo.

Asistencia de urgencias en el extranjero

¿Qué es?

Se trata de un suplemento adicional a su póliza con el que dispondrá de cobertura de urgencias en el extranjero por causa de enfermedad o accidente.

¿Qué servicios tengo incluidos?

1. Gastos Médicos

SANITAS,S.A. de Seguros garantiza al Asegurado y a los demás Beneficiarios de la póliza, durante el período de vigencia del mismo, la asistencia sanitaria en el extranjero tomando a su cargo hasta el límite de 10.000€ por persona y siniestro para los gastos médicos (de médicos, cirujanos y hospitales/clínicas) originados fuera del territorio español, ya sea prestada a través de medios propios o concertados de aquella Entidad, ya sea prestada por médicos y centros hospitalarios ajenos a la misma.

¿Qué incluye?

Los gastos de médicos, cirujanos, y hospitales/clínicas ocasionados fuera del territorio español, a consecuencia de los cuidados recibidos en territorio extranjero, derivados de una enfermedad o accidente ocurrido en el extranjero.

- honorarios médicos.
- medicamentos recetados por un médico o cirujano.
- gastos odontológicos considerados de urgencia, **excluidos la endodoncia, reconstrucciones estéticas de tratamientos anteriores, limpieza bucal, prótesis, fundas e implantes**, quedan cubiertos dentro de la cuantía anterior hasta un máximo de 241 € por Asegurado.
- gastos de hospitalización.
- gastos de ambulancia ordenados por un médico para un trayecto local.

¿Qué no incluye?

- **los gastos médicos en el extranjero inferiores a 3€.**
- **los gastos ocasionados por el diagnóstico o el tratamiento de un estado fisiológico (ejemplo: embarazo) o enfermedad ya conocida antes de la fecha de la iniciación del viaje, a menos que sea una complicación clara o imprevisible; los tratamientos ordenados en España; los gastos del embarazo producidos a partir de los 150 primeros días.**
- **los gastos de gafas, lentillas, muletas y de prótesis en general.**
- **las consecuencias directas o indirectas de la transmutación del núcleo del átomo, así como de las radiaciones provocadas por la aceleración artificial de las partículas atómicas.**
- **las consecuencias derivadas de guerra, insurrección, tumultos populares, movimientos telúricos, inundaciones o erupciones volcánicas.**
- **las asistencias o prestaciones que resultaren de la participación en cualquier prueba de competición motorizada (carrera o rally).**

Límites

10.000€ por persona y siniestro.

2. Prolongación de estancia en hotel de acompañante, por hospitalización del asegurado

Cuando el Asegurado tenga que estar hospitalizado por prescripción médica y de acuerdo con el servicio médico, SANITAS abonará los gastos que se deriven de la necesaria prolongación de estancia en hotel del acompañante, también asegurado, **hasta un máximo de 60€ por día y hasta un máximo de 10 días.**

3. Traslado de enfermos o heridos

¿Qué incluye?

En caso de enfermedad del Asegurado o accidente con lesiones sobrevenidas al mismo durante la vigencia del contrato, SANITAS tomará a su cargo dicho traslado bajo observación médica, efectuándolo según la gravedad del mismo:

- en avión sanitario especial.
- en helicóptero sanitario.
- en avión de línea regular.
- en tren coche-cama primera clase.
- en ambulancia o trineo en caso de accidente en pistas de esquí.

Solamente se tendrán en cuenta las exigencias de orden médico de acuerdo con el servicio médico de SANITAS**,** para elegir el medio de transporte y el hospital donde deberá ser ingresado el asegurado.

¿Qué no incluye?

- **las afecciones o lesiones que pueden ser tratadas en el mismo lugar y no impidan proseguir el viaje.**
- **las enfermedades mentales y las crónicas que hayan provocado alteraciones en la salud del Asegurado.**
- **las recaídas y convalecencias de afecciones no consolidadas o bajo tratamiento en el momento de iniciar el viaje.**
- **los embarazos**, no obstante quedan cubiertas las complicaciones claras o imprevisibles producidas durante los primeros 150 días.

4. Desplazamiento y estancia de un familiar para acompañar al asegurado hospitalizado

Si el asegurado, durante el viaje, debe estar hospitalizado más de cinco días y ningún familiar directo se encuentra a su lado, SANITAS pondrá un billete de avión línea regular (clase turista) o tren (primera clase) ida y vuelta, a disposición de un acompañante con domicilio habitual en España. SANITAS, asumirá en concepto de gastos de estancia, el alojamiento en hotel, **hasta 60€ por día y hasta un máximo de 5 días.**

5. Traslado en caso de fallecimiento

En caso de fallecimiento del Asegurado, SANITAS organizará y tomará a su cargo el traslado del féretro hasta el lugar de su

inhumación en el país de su domicilio habitual, así como los gastos del ataúd mínimo obligatorio, embalsamamiento y de las formalidades administrativas. **SANITAS no tomará a su cargo los gastos de funeral e inhumación**. En su caso, y tras la petición de los Beneficiarios, SANITAS asumirá los costes de la incineración en el lugar del óbito, y del transporte de las cenizas hasta el lugar de su inhumación en el país de su domicilio habitual. **SANITAS no tomará a su cargo los gastos de funeral e inhumación.**

6. Regreso anticipado de los familiares asegurados acompañantes

Cuando al Asegurado se le haya trasladado por fallecimiento en aplicación de la garantía "Traslado en caso de fallecimiento", y esta circunstancia impida a los familiares asegurados acompañantes su regreso hasta su domicilio por los medios inicialmente previstos, SANITAS se hará cargo de los gastos correspondientes al transporte de los mismos hasta el lugar de su residencia habitual en España. **Máximo de dos personas adultas y los menores de 14 años acompañados.**

7. Acompañamiento de menores

Si a los Asegurados que viajen con disminuidos o menores de 14 años, les surge durante la vigencia del contrato la imposibilidad de ocuparse de ellos por causa de enfermedad sobrevenida o accidente, cubierto por la Póliza, SANITAS organizará y tomará a su cargo el desplazamiento, ida y vuelta, de una persona residente en España designada por el Asegurado o su familia, o de una azafata de SANITAS, al objeto de acompañar a los hijos en su regreso a su domicilio habitual en España, y en el menor tiempo posible.

8. Búsqueda y localización de equipajes y efectos personales

En caso de que el Asegurado sufra una demora o pérdida de su equipaje, SANITAS le asistirá en su búsqueda y localización, asesorándole en la gestión para interponer la correspondiente denuncia. Si el equipaje es localizado, SANITAS lo expedirá hasta el domicilio habitual del Asegurado en España, siempre que no sea necesaria la presencia del propietario para su recuperación.

9. Envío de documentos y objetos personales al extranjero

SANITAS organizará y tomará a su cargo el coste del envío de los objetos imprescindibles para el transcurso del viaje y olvidados en el domicilio antes del inicio del mismo (lentillas, prótesis, gafas, tarjetas de crédito, carnet de conducir, D.N.I. y pasaporte). Esta prestación se extiende igualmente al envío a domicilio, de estos mismos objetos cuando hayan sido olvidados durante su viaje o recuperados después de un robo durante el mismo.

SANITAS únicamente asumirá la organización del envío, así como el coste de éste para paquetes de un peso máximo de 10 kilogramos.

10. Adelanto de fondos

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

11. Asistencia jurídica

Si el Asegurado es encarcelado o procesado como consecuencia de un accidente de circulación ocurrido, **SANITAS abonará hasta un máximo de 1.500 euros** para el pago de los honorarios de abogado y procurador, surgidos como consecuencia de asistencia jurídica derivada. Si esta prestación estuviera cubierta por la Póliza de Seguros del vehículo, la misma tendrá la consideración de anticipo y SANITAS se reservaría el derecho a solicitar aval o garantía del Asegurado que asegure el cobro del anticipo.

12. Adelanto del importe de la fianza penal exigida en el extranjero

Si el asegurado es procesado o encarcelado en el país que ocurra, SANITAS le

concederá un anticipo equivalente al importe de la fianza penal exigida por las autoridades locales **hasta un máximo de 10.000 €.**

SANITAS se reserva el derecho a solicitar aval o garantía del asegurado que garantice el cobro del anticipo. En cualquier caso las cantidades anticipadas deberán ser reintegradas a SANITAS en el plazo máximo de dos meses.

13. Envío de medicamentos

¿Qué incluye?

En caso de que el asegurado necesite un medicamento prescrito por un médico y que no pueda adquirir en el lugar donde se encuentre, SANITAS se encargará de localizarlo y enviárselo por el medio más rápido y con sujeción a las legislaciones locales.

¿Qué no incluye?

Quedan excluidos los casos de abandono de la fabricación del medicamento y su no disponibilidad en los canales habituales de distribución en España. El asegurado tendrá que rembolsar a SANITAS, a la presentación de la factura el precio del medicamento.

14. Transmisión de mensajes urgentes (derivados de las garantías)

SANITAS a través de un servicio de 24 horas, aceptará y trasmitirá mensajes urgentes de los asegurados, siempre que estos no dispongan de otros medios para hacerlos llegar a su destino y siempre que éstos sean consecuencia de una garantía cubierta por el contrato.

15. Ámbito temporal

En este suplemento sólo se cubren desplazamientos **hasta un máximo de 90 días consecutivos.**

16. Utilización de los servicios

Este suplemento es complementario de la Póliza de Seguro de Asistencia Sanitaria del Asegurado, no teniendo validez si no va acompañado de la misma. Las Condiciones Generales de la Póliza de Asistencia Sanitaria son de aplicación a todas las garantías y servicios incluidos en este suplemento.

Para tener derecho a la utilización de todos los servicios incluidos en este suplemento adicional de Asistencia en Viaje, el Asegurado deberá estar al corriente de sus obligaciones con el Asegurador. Los servicios serán prestados a través de los medios concertados por SANITAS por lo que se deberá contactar con dicha entidad en el teléfono indicado al dorso de la tarjeta del asegurado para que los gestionen sin coste alguno para el asegurado en la medida en la que estén bajo la cobertura asegurada. En caso de urgencia vital el asegurado acudirá a la clínica u hospital más próximo debiendo comunicarlo a SANITAS en el plazo máximo de 7 días a contar desde la fecha del ingreso.

Cláusula II: Coberturas excluidas

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 la propuesta/solicitud de 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 diagnósticaso 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 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 las 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 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.

3. 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.

4. La asistencia sanitaria que exija el tratamiento por enfermedades o accidentes laborales, profesio-nales 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 el Asegurador, salvo lo previsto en el último párrafo del apartado a) del capítulo "Forma de prestar los servicios". Si el segurado tiene suscrito algún otro seguro que cubre el coste de los servicios o tratamientos amparados bajo esta Póliza, lo debe comunicar al Asegurador por escrito. Si esto sucediera, el Asegurador se hará cargo de la parte del coste que le corresponda.

5. La asistencia sanitaria derivada de alcoholismo crónico, drogadicción, intoxicaciones debidas al abuso del alcohol, de psicofármacos, estupefacientes o alucinógenos, intento de suicidio y autolesiones, así como la asistencia sanitaria por enfermedades o accidentes sufridos por dolo del Asegurado.

6. Los productos farmacéuticos fuera del régimen de hospitalización y el EPO y/o sustancias eritroproliferativas análogas a la misma, con la finalidad de la preparación de cirugía sin sangre que caracteriza a esta pólizaas í como

vacunas de todo tipo y productos de parafarmacia.

7. 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, autovalimiento 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.

8. Queda excluida la homeopatía salvo que se establezca su cobertura por las condiciones particulares de la póliza.

9. Tratamientos, inclusive la cirugía,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 erectil.

10. Los trasplantes de órganos, tejidos, células o componentes celulares, excepto el trasplante autólogo de médula ósea o de células progenitoras de sangre periférica por tumores de estirpe hematológica y el trasplante de córnea.

11. 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.

12. Están excluidos los tratamientos capilares con finalidad estética.

13. La hospitalización por problemas de tipo social.

14. Los reconocimientos médicos generales de carácter preventivo, salvo los contemplados en qué cubre su seguro.

15. 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.

16. Las endodoncias, obturaciones, colocación de prótesis dentales, ortodoncias, periodoncias e implantes, así como otros tratamientos odontológicos distintos a los contemplados en la descripción de los servicios en el apartado ¿qué cubre su seguro?.

17. Las prótesis de cualquier clase o naturaleza salvo las enunciadas en la Cláusula Primera B, el material de osteosíntesis, los materiales biológicos o sintéticos, así como las piezas anatómicas y ortopédicas.

18. Tratamientos crónicos de diálisis y hemodiálisis.

19. Los gastos por viaje y desplazamientos salvo la ambulancia en los términos contemplados en la descripción de los servicios del apartado ¿Qué cubre su seguro?

20. La cirugía refractiva de cualquier tipo para miopía, hipermetropía y astigmatismo. Las técnicas quirúrgicas o procedimientos terapéuticos que usan el láser, salvo la cirugía oftálmica intraocular, 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.

21. 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.

22. Cirugía de cambio de sexo

23. Se excluyen las técnicas diagnósticas quirúrgicas y tratamientos de nueva aparición no incluidos en la presente póliza.

24. Quedan expresamente excluidas 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.

25. Se excluye cualquier tipo de servicio relacionado con patologías no cubiertas así como complicaciones que se deriven de éstas.

26. 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.

27. Queda expresamente excluido el plasma rico en plaquetas o en factores de crecimiento.

28. Las terapias avanzadas (medicamentos de uso humano basado en genes, células o terapia celular y que incluyen productos de origen autólogo, alogénico o xenogénico).

29. Todos los medicamentos no comercializados en España.

Cláusula III: Periodos de carencia

Todas las prestaciones que en virtud de la Póliza asuma el Asegurador, serán facilitadas desde el momento de entrar en vigor el contrato. **No obstante, se exceptúan del anterior principio general la asistencia médica, quirúrgica y/u hospitalaria en los supuestos que a continuación se detallan, respecto de los cuales será necesario que hayan transcurrido los respectivos plazos de carencia que se especifican seguidamente:**

- **180 días para la ligadura de trompas y la vasectomía (en todos los casos en los que está incluida la cobertura en la póliza).**
- **8 meses para la asistencia al parto.**
- **2 años para tratamiento psiquiátrico tanto en régimen hospitalario como extrahospitalario. Este plazo de carencia no resulta aplicable en el cuadro médico del Asegurador en España.**
- **90 días para intervenciones quirúrgicas y hospitalizaciones. Este plazo de carencia no resulta aplicable en los servicios prestados a través del cuadro médico del Asegurador en España ni en el Segundo País Europeo de cobertura.**
- **150 días para los servicios de radioterapia, quimioterapia, cobaltoterapia, isótopos radiactivos, acelerador lineal, scanner, resonancia magnética, medicina nuclear, densitometría ósea, litotricia, arteriografía digital, radioneurología e hipertermia prostática. Este plazo de carencia no resulta aplicable en los servicios prestados a través del cuadro médico del Asegurador en España ni en el Segundo País Europeo de Cobertura.**
- **90 días para los servicios de fisioterapia, rehabilitación, láser, anatomía patológica, y para los servicios de atención especial a domicilio. Este plazo de carencia no resulta aplicable en los servicios prestados a través del cuadro médico del Asegurador en España ni en el Segundo País Europeo de cobertura.**

Los plazos de carencia anteriormente citados no serán exigibles en el caso de accidentes cubiertos por la póliza, o de enfermedades con carácter de urgencia vital, sobrevenidas y diagnosticadas después de la fecha de efecto de la póliza, así como en los casos de partos prematuros.

Cláusula IV: Forma de prestar los servicios

Por el presente contrato, el Asegurador asume, en los términos y con los límites que se expresan en las presentes Condiciones Generales, en las Particulares y, en su caso, en las Especiales y Suplementos de Póliza que se emitan, la asistencia médica y quirúrgica a nivel nacional, 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.

Será necesaria para la contratación que el Asegurado sea residente en territorio español, titular de una cuenta bancaria en España y que haya desigando un segundo país europeo en el que desee cobertura de asistencia sanitaria

Según dispone el artículo 103 de la Ley de Contrato de Seguro, el Asegurador asume la necesaria asistencia de carácter urgente de acuerdo con lo previsto en las Condiciones de la Póliza.

1. En España

1.1. Asistencia hospitalaria y extrahospitalaria en el cuadro médico del Asegurador.

Los costes de la asistencia médica serán atendidos directamente por el Asegurador, sin desembolso alguno por parte del Asegurado. Dicha asistencia, de conformidad con lo previsto en las disposiciones reglamentarias aplicables, se prestará en todas las poblaciones españolas donde el Asegurador tenga representación debidamente autorizada o cuente con cuadros médicos concertados.

Quedan incluidos dentro de esta garantía los gastos originados por intervención quirúrgica, siempre que éstas sean prescritas y realizadas por un médico (honorarios de cirujano y sus ayudantes, anestesista, utilización de quirófano, material y medicamentos), estancias en U.V.I. o U.C.I., así como los gastos de hospitalización que incluyan manutención y habitación convencional con cama de acompañante.

Al recibir los servicios que procedan, el Asegurado deberá exhibir la tarjeta Sanitas Health Plan, junto al recibo del último pago de la prima si así fuera requerido. Igualmente el Asegurado estará obligado a exhibir su Documento Nacional de Identidad, Pasaporte o cualquier otro documento oficial que demuestre su identidad, si le fuese requerido.

Con carácter general, será necesaria la previa autorización expresa del Asegurador para intervenciones quirúrgicas, hospi-talizaciones, médicos consultores y determinados métodos terapéuticos y pruebas diagnósticas en el cuadro médico con-certado, previa prescripción escrita de los facultativos de la Entidad. Dicha autorización se otorgará, salvo que se entendiera que se trata de una prestación no cubierta por la póliza. La autorización vinculará económicamente al Asegurador.

No obstante lo establecido en el párrafo anterior, en los casos de urgencia vital será suficiente, a estos efectos, la orden del médico del Asegurador, debiendo el Asegurado notificar el hecho a la Entidad y obtener su confirmación dentro de los 7 días siguientes al ingreso en la institución hospitalaria o a la prestación del servicio asistencial. En estos supuestos de urgencia, el Asegurador quedará vinculado económicamente hasta el momento en que manifieste sus reparos a la orden del médico, en el caso de entender que la póliza no cubre el acto médico.

En particular, para las intervenciones quirúrgicas de alta complejidad indicadas a continuación (cirugía del sistema nervioso central, cirugía cardiaca, cirugía bariátrica y cirugía de columna), la Entidad se reserva el derecho de designar, en cada caso individual y con carácter previo a la realización de la intervención quirúrgica concreta, el centro sanitario y los profesionales que la llevarán a cabo.

Cualquier cambio en el domicilio del Asegurado habrá de ser notificado por carta certificada con una antelación mínima de

ocho días al requerimiento de cualquier servicio.

En los casos de desplazamiento temporal a aquellos lugares donde el Asegurador no tuviese oficina propia pero sí cuadro concertado, el Asegurado deberá presentar su tarjeta Sanitas Health Plan para solicitar los servicios en las Oficinas de las Entidades concertadas, aceptando los trámites administrativos de dichas Entidades.

Cuando necesidades asistenciales de carácter excepcional así lo requieran, el Asegurador podrá remitir o trasladar al Asegurado a centros hospitalarios de carácter público para su tratamiento médico u hospitalización.

1.2. Asistencia hospitalaria y extrahospitalaria fuera del cuadro médico del Asegurador.

Con carácter general, el Asegurador reembolsará únicamente el porcentaje indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza, del importe de los gastos médicos y/u hospitalarios siendo la diferencia porcentual restante a cargo del propio Asegurado.

Para la tramitación de un siniestro cubierto parcialmente por esta Póliza (reembolso del porcentaje de gastos indicado en las Condiciones Particulares de la misma) deben cumplirse las siguientes normas:

1. El Asegurado o cualquier persona en su nombre deberá comunicar el ingreso hospitalario, intervención quirúrgica y en general cualquier prestación médica asegurada dentro del plazo máximo de siete (7) días de haberlo conocido, salvo que se haya fijado un plazo más amplio. En el caso de intervención quirúrgica o internamiento hospitalario programado, deberá de comunicar dicha circunstancia a la aseguradora desde el momento en el que tenga conocimiento de la fecha en la que dicha intervención quirúrgica o internamiento hospitalario vaya a producirse y en todo caso dentro del plazo máximo de siete (7) días de haberlo conocido.

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

3. El Asegurado deberá, además, seguir fielmente todas las prescripciones del médico encargado de la curación y deberá dar al Asegurador toda clase de informaciones sobre las circunstancias o consecuencias del siniestro.

4. El Tomador del Seguro o el Asegurado o sus familiares deberán permitir que médicos designados por el Asegurador visiten al Asegurado tantas veces como el Asegurador lo estime oportuno, así como cualquier averiguación o comprobación que el Asegurador considere necesaria sobre su estado de salud.

5. En caso de hospitalización, una vez finalizada ésta, el Tomador del Seguro o el Asegurado comunicará tal circunstancia al Asegurador con indicación del periodo de duración del internamiento.

6. El Tomador del Seguro o, en su caso, el Asegurado deberá presentar al Asegurador la siguiente documentación:

6.1. Impreso de solicitud de reembolso, debidamente cumplimentado.

6.2. Justificante/s o factura/s original/es, de los gastos realmente incurridos por el Asegurado, debidamente desglosados, por cada uno de los conceptos incluidos en la/s factura/s en donde se refleje/n:

a/ La persona a la que se ha realizado la asistencia médica y/u hospitalaria.

b/ La naturaleza del acto o actos médico/s realizado/s (consulta, pruebas diagnósticas, métodos terapéuticos, intervenciones quirúrgicas, etc.) y su/s fecha/s e importes.

c/ Identificación de la persona física o jurídica que ha prestado la asistencia (médico, ATS o DUE, clínica u hospital, etc.), haciéndose constar, en su caso, los apellidos, nombre o razón social, domicilio, número de colegiado y número de identificación fiscal (N.I.F.).

6.3. Justificación o acreditación original del pago de la/s factura/s por parte del Asegurado.

6.4. Prescripciones médicas originales de los servicios médicos y/u hospitalarios recibidos por el Asegurado, excepto en el caso de consultas y servicios de podología, respecto de los cuales no será necesaria la presentación de tales prescripciones.

6.5. Informe médico original explicativo de los servicios médicos y/u hospitalarios prestados al Asegurado, del proceso de la enfermedad y su evolución, así como el informe de alta médica u hospitalaria, con indicación, en su caso, de la necesidad de continuidad asistencial.

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

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

Una vez recibida toda la documentación requerida y efectuadas las comprobaciones oportunas para establecer la existencia del siniestro, el Asegurador, en el plazo de diez días laborables, deberá reembolsar o consignar la cantidad garantizada, según las circunstancias conocidas.

En el supuesto de que el siniestro tenga una duración superior a los tres meses, el Tomador del Seguro o, en su caso, el Asegurado, deberá remitir al Asegurador la/s factura/s de los gastos incurridos en el trimestre anterior.

Si en el plazo de tres meses desde la ocurrencia del siniestro, el Asegurador no hubiera reembolsado su importe por causa no justificada o que le fuera imputable, la cantidad que éste pudiera adeudar se incrementará en el tipo de interés legal del dinero vigente en el momento en que se devengue, incrementado en el 50 por 100.

Estos intereses se considerarán producidos por días, sin necesidad de reclamación judicial. No obstante, transcurridos 2 años desde la producción del siniestro, el interés anual no podrá ser inferior al 20 por 100 (artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro).

El reembolso de la asistencia recibida en España fuera del cuadro médico concertado con el Asegurador, sólo se realizará en Euros, mediante transferencia a la cuenta bancaria española del Asegurado o del Tomador del Seguro.

2. En el segundo país europeo de cobertura

2.1. Asistencia hospitalaria en los hospitales y clínicas concertadas.

Fuera del territorio español, el Asegurador pondrá a disposición del Asegurado clínicas y hospitales concertados exclusivamente en el Segundo País Europeo de Cobertura.

Para poder acceder a estos servicios, el Asegurado deberá exhibir la tarjeta Sanitas Health Plan para su correspondiente identificación.

En este caso el Asegurador asumirá el correspondiente porcentaje del importe de los gastos médicos cubiertos por la póliza y fijados en las Condiciones Particulares de la misma, haciendo efectivo directamente al hospital el pago de los correspondientes servicios. La diferencia porcentual restante será a cargo del Asegurado quien deberá abonarla directamente al centro antes de abandonarlo.

Con carácter general, será necesaria la previa autorización del Asegurador para intervenciones quirúrgicas y hospitalizaciones en los centros hospitalarios y clínicas concertadas, a menos que el tratamiento requerido no quede cubierto por la póliza.

En caso de urgencia, el Asegurado deberá solicitar la autorización mencionada en el párrafo anterior dentro de los 7 días siguientes al ingreso en la institución hospitalaria o a la prestación del servicio asistencial.

El Asegurado deberá cumplimentar, en cualquier caso, una solicitud de reembolso antes de abandonar el hospital, con el fin de que el Asegurador se pueda hacer cargo del correspondiente porcentaje de los gastos médicos incurridos.

2.2. Asistencia hospitalaria fuera de los hospitales y clínicas concertadas y asistencia extrahospitalaria.

Cuando la asistencia sea de carácter extrahospitalario o, tratándose de una intervención o de un ingreso hospitalario, se lleve a cabo fuera de los hospitales y clínicas concertadas, el Asegurado deberá abonar la totalidad del importe de la asistencia médica recibida directamente al proveedor de la misma.

Recibida la asistencia, el Asegurado entregará toda la documentación al Asegurador quien, una vez aceptado el siniestro, le reembolsará el correspondiente porcentaje de los costes de la asistencia de acuerdo con lo establecido en las Condiciones Particulares de la póliza.

Para tener derecho al reembolso de gastos, el Asegurado deberá remitir al Asegurador la siguiente documentación, dentro de un plazo máximo de 6 meses a contar desde la fecha de finalización de la asistencia:

- Solicitud de Reembolso debidamente cumplimentada.
- Facturas originales con la justificación del pago de las mismas.

Si el Asegurador así lo requiriera, el Asegurado deberá presentar también:

- Prescripciones médicas (salvo en el caso de consultas).
- Informes médicos (en el caso de intervenciones quirúrgicas y hospitalización).
- Resultados de pruebas diagnósticas.
- Confirmación escrita indicando si existe la posibilidad de recuperar los costes de otra persona o entidad.

El reembolso se realizará en un plazo máximo de 15 días, mediante cheque o transferencia bancaria, en la moneda oficial del país donde se ha recibido la asistencia o en Euros. El reembolso no se podrá realizar en ninguna otra moneda.

Si el Asegurador tiene que realizar un cambio de divisas para el reembolso, el tipo de cambio será la media de los tipos comprador y vendedor establecida por los Bancos de Londres para la divisa concreta y se utilizará el tipo de cambio vigente en la fecha de emisión de las facturas o en la fecha del último tratamiento, si fuera posterior. En el caso de que esta fecha fuera día festivo, se aplicará el cambio vigente en el último día laborable.

La incorporación en la cobertura de la póliza de nuevos procedimientos diagnósticos, terapéuticos y nuevas tecnologías se hará conforme a los principios de la medicina basada en la evidencia una vez que hayan demostrado su efectividad y seguridad, y exista suficiente disponibilidad para su realización en los medios concertados de la Entidad. El hecho de que un procedimiento asistencial, consulta, medio diagnóstico o terapéutico sea prescrito u ordenado por un facultativo, no implica en sí, que sea necesario desde el punto de vista médico.

Cláusula V: Otros aspectos de su seguro

1. Bases, pérdida de derechos y rescisión del contrato

1. El **presente contrato** ha sido concertado sobre las bases de las **declaraciones efectuadas por el Tomador del Seguro y el Asegurado en el cuestionario-solicitud del seguro, sobre su estado de salud, profesión habitual y prácticas de deporte del asegurado.** Dichas declaraciones constituyen la base para la aceptación del riesgo del presente contrato y forman parte integrante del mismo.

2. El Asegurado pierde el derecho a la prestación garantizada:

a) Si al cumplimentar el cuestionario 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, el Asegurador podrá rescindir el contrato durante los treinta días siguientes a la fecha en que haya tenido conocimiento de dicha omisión (Art. 10 de la Ley de Contrato de Seguro).

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

c) 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).

3. El tomador podrá rescindir el contrato cuando se varie el cuadro facultativo, siempre que afecte al medico de cabercera o al tocologo o alpuericultor de zona o al 50% de los especialistas que integren el cuadro médico del Asegurador , quien tendrá a disposición del Asegurado en todo momento en sus oficinas la relación completa y actualizada de dichos especialistas, para su consulta.

4. En el supuesto de indicación inexacta de la fecha de nacimiento del Asegurado, el 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 al Asegurador la diferencia existente entre las cantidades efectivamente satisfechas a éste en concepto 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, el Asegurador estará obligado a restituir el exceso de las primas percibidas sin intereses.

5. Derecho de rescisión: cuando el contrato de seguro se celebre utilizando una técnica de contratación a distancia, el Tomador podrá resolverlo unilateralmente, sin penalización, si no ha acaecido el siniestro objeto de cobertura, en los 14 días siguientes a la firma de la póliza o a la recepción por el Tomador de las condiciones contractuales y la información previa obligatoria, si esta recepción es posterior a la firma de la póliza.

Este derecho solo corresponde a los Tomadores personas físicas que actúen con un propósito ajeno a una actividad comercial o profesional propia. Para ejercitar este derecho, el Tomador remitirá una comunicación dirigida al Asegurador, utilizando cualquier soporte duradero y accesible al Asegurador. El Tomador podrá remitir esta comunicación utilizando medios electrónicos, siempre que disponga de los dispositivos que garanticen la integridad, autenticidad y no alteración de la comunicación, y permitan constatar la fecha de envío y recepción de la misma.

2. Duración del seguro

1. El seguro se estipula por el **periodo de tiempo previsto en las condiciones particulares** y, a su vencimiento, de conformidad con el artículo 22 de la Ley de Contrato de Seguro, se prorrogará tácitamente por periodos no superiores a un

año. No obstante, cualquiera de las partes podrá oponerse a la prórroga mediante notificación escrita a la otra parte, efectuada con antelación no inferior a dos meses respecto de la fecha de conclusión del periodo en curso, si es SANITAS quien realiza dicha notificación y de un mes si es el Tomador quien la realiza.

2. El 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.

3. 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 al Asegurador. Si estas personas contratan un nuevo seguro, antes de transcurrir un mes desde la comunicación anteriormente citada, el 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 seis (6) meses al año en territorio nacional.

4. Las personas menores de 14 años, sólo podrán incluirse dentro del seguro en el caso de estar igualmente aseguradas la persona o personas que ostenten su patria potestad o tutela, salvo pacto en contrario.

5. Las coberturas contratadas no tomarán efecto mientras no se haya satisfecho el primer recibo de prima.

3. 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, que se realizará mediante domiciliación bancaria salvo que, en condición particular, se acuerde otra cosa.**

2. La **primera prima será exigible**, conforme al artículo 15 de la citada Ley, una vez **firmado el contrato**. Si no hubiera sido pagada por culpa del Tomador del Seguro, el Asegurador tiene derecho a 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, el Asegurador quedará liberado de su obligación, salvo pacto en contrario.

3. En caso de falta de pago de la segunda y sucesivas primas, la garantía del Asegurador queda suspendida unmes después del día de su vencimiento, y si el Asegurador no reclama el pago en el plazo de los seis 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 horas del día en que Tomador del Seguro pague la prima. En cualquier caso, el Asegurador, cuando el contrato esté en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la prima del periodo en curso.

4. El Asegurador sólo queda obligado por los recibos librados por la Dirección o por sus representantes legalmente autorizados.

5. En cada renovación del contrato la Entidad Aseguradora podrá modificar la prima anual y el importe de la participación del asegurado en el coste de los servicios, de acuerdo a los cálculos técnico-actuariales realizados y basados en la variación del coste de los servicios sanitarios, el tipo, la frecuencia de la utilización de las prestaciones garantizadas y la inclusión de innovaciones tecnológicas médicas que no estuvieran cubiertas en la fecha de efecto inicial de la póliza.

Las primas a satisfacer por el Tomador, variarán en función de la edad alcanzada por cada uno de los Asegurados y la zona geográfica correspondiente al lugar de prestación de los servicios, aplicando las tarifas establecidas por el Asegurador en la

fecha de renovación de cada póliza. Dicha actualización de primas será comunicada por escrito por Sanitas al Tomador con al menos dos meses de antelación a la fecha de renovación.

6. El Tomador del Seguro, recibida, en su caso, la comunicación del 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 periodo del seguro en curso.** En este último caso, el Tomador del Seguro deberá notificar por escrito al Asegurador su voluntad de dar por finalizada a su término la relación contractual.

7. El pago del importe de la prima efectuado por el Tomador del Seguro al corredor de seguros no se entenderá realizado al Asegurador, salvo que, a cambio, el corredor entregue al Tomador del Seguro el recibo de prima de dicho Asegurador.

4. Derechos y deberes

1. Obligaciones y deberes del tomador del seguro y/o asegurado

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

a) Declarar al Asegurador, antes de la conclusión del contrato y de acuerdo con el cuestionario 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 el Asegurador no le somete a cuestionario o cuando, aún haciéndolo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él.

El Asegurador podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al Tomador del Seguro en el plazo de un mes, a contar del conocimiento de la reserva o inexactitud del Tomador del Seguro o Asegurado.

Corresponderán al Asegurador, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, primas relativas al periodo en curso en el momento que haga esta declaración. Si el siniestro sobreviene antes de que haga el 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, el Asegurador quedará liberado del pago de la prestación.

b) Comunicar al 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 periodo 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.

c) 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 de la Entidad y con la autorización del Asegurador.

d) Para la utilización de los servicios que procedan y estén descritos en la Cláusula Primera, el Asegurado deberá presentar su tarjeta Sanitas, documento personal e intransferible. En caso de pérdida o sustracción de esta tarjeta, el Tomador y/o Asegurado tiene(n) la obligación de comunicarlo al Asegurador en el plazo de cuarenta y ocho 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 al Asegurador la(s) tarjeta(s) Sanitas, en el caso de rescisión, resolución y, en general, de finalización de la relación contractual cualquiera que sea la causa de la misma.

e) Si la asistencia de la madre biológica en el parto se realiza con cargo al seguro de Sanitas de la que aquella fuese asegurada, los hijos recién nacidos podrán ser incluidos en la póliza con todos sus derechos cuando el alta de la madre biológica en la póliza haya tomado efecto con al menos 365 días de antelación al parto. Para ello, el Tomador deberá comunicar a Sanitas tal circunstancia dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha del nacimiento, mediante la cumplimentación de una solicitud de seguro.

Sanitas podrá tramitar el alta de los recién nacidos que cumplan los requisitos indicados en el párrafo anterior.

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

Si el alta del recién nacido se comunica con posterioridad al plazo indicado, será necesario cumplimentar el cuestionario de salud y Sanitas podrá rechazar la admisión.

2. Derechos del tomador del seguro y/o asegurado

a) Las prestaciones indicadas respectivamente en las condiciones especiales de la póliza.

b) El Tomador del Seguro y/o Asegurado podrá reclamar al Asegurador, en el plazo de un 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 del 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 periodo 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.

3. Obligaciones del asegurador

a) Además de hacer efectivas las garantías aseguradas, el 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 cuestionario y demás documentos que haya suscrito el Tomador del Seguro.

b) El Asegurador entregará al Tomador del Seguro y/o Asegurado la(s) tarjeta(s) Sanitas, con especificación del teléfono de información de los servicios de urgencias.

5. Reclamaciones

5.1. Control e instancias de reclamación

a) El control de la actividad de SANITAS corresponde al Estado Español, ejerciéndose éste a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía y Competitividad.

b) En caso de cualquier tipo de reclamación sobre el Contrato de Seguro, el Tomador, Asegurado, Beneficiario, Tercero perjudicado o Derechohabientes de cualquiera de ellos, deberán dirigirse para su resolución:

1. Al **Departamento de Reclamaciones de SANITAS**, mediante escrito dirigido con copia del DNI del reclamante, a la **calle Ribera del Loira Nº 52 (28042 Madrid) o al fax 91 585 24 68 o a la dirección de correo electrónico reclamaciones**@sanitas.es, quien acusará recibo por escrito y resolverá

igualmente **mediante escrito motivado en el plazo máximo legal de dos meses** desde la fecha de presentación de la reclamación, siempre que la misma reúna los requisitos exigidos, conforme la Orden ECO/734/2004, de 11 de marzo, sobre los departamentos y servicios de atención al cliente de las entidades financieras y el Reglamento por la Defensa del Cliente que encuentran a su disposición en las oficinas.

2. Una vez agotada dicha vía interna y en caso de no estar conformes con la resolución de SANITAS, podrán formular su reclamación ante **el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondo de Pensiones, Paseo de la Castellana, 44, 28046 Madrid**. Para ello, el reclamante deberá acreditar que ha transcurrido el plazo establecido para la resolución de la reclamación por parte del departamento de reclamaciones de SANITAS, o que ha sido denegada la admisión de la reclamación o desestimada su petición por éste.

3. Le informamos que SANITAS no está adherida a ninguna junta arbitral de consumo sin perjuicio de poder acudir el asegurado a las instancias administrativas y judiciales previstas en el procedimiento de reclamaciones que figura en las condiciones generales de su póliza.

4. En cualquier caso podrá acudir a los Juzgados y Tribunales competentes.

5.2. Las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro prescribirán en el término de cinco años (artículo 23 de la ley de Contrato de Seguro).

6. Otros aspectos legales a tener en cuenta

1. Subrogación

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

El 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 Asegurador y de Asegurado frente a tercero responsable, el recobro obtenido se repartirá entre ambos en proporción a su respectivo interés.

2. Duplicado de la póliza

En caso de extravío de la Póliza, el Asegurador a petición del Tomador del Seguro o, en su defecto, 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 al Asegurador de los perjuicios que le irrogue la reclamación de un tercero.

3. Comunicaciones

3.1. Las comunicaciones al Asegurador por parte del Tomador del Seguro, del Asegurado o Beneficiario **se realizarán en el domicilio social de aquel señalado en la Póliza.**

3.2. Las comunicaciones de SANITAS al Tomador del Seguro, al Asegurado o Beneficiario, se realizarán a la dirección física, electrónica o al número de teléfono

facilitado por el Tomador en el momento de realizar la solicitud del seguro mientras no comunique un cambio de la misma. El Tomador autoriza a SANITAS a que le pueda remitir cualquier comunicación por medios electrónicos siempre que la ley lo permita.

3.3. Las comunicaciones que efectúe el Tomador del Seguro al agente o corredor de seguros que medie o haya mediado en el contrato surtirán los mismos efectos que si se hubiesen realizado directamente al Asegurador.

4. Protección de datos de Carácter Personal

Los datos recabados a través del presente documento son confidenciales y están protegidos. El Tomador se compromete a que toda la información que facilite al Asegurador, tanto en la solicitud de seguro como durante toda la vigencia de la presente póliza, es cierta y no ha omitido dato alguno sobre el estado de salud de cada uno de los Asegurados.

Asimismo, el Asegurador informa al Tomador del seguro y a los Asegurados y estos consienten, en que todos los datos personales y de salud relativos al Tomador y Asegurados sean incorporados a ficheros titularidad del Asegurador para garantizar el pleno desenvolvimiento del contrato, el cumplimiento de las obligaciones establecidas en la normativa aplicable, servir a las actividades propias de esta compañía, incluidas la delimitación del riesgo asociado, reclamaciones o gestión del re/coaseguro, ofrecimiento de programas asistenciales integrales, el conocimiento de los motivos rechazo de esta solicitud o de baja de la póliza, programas de retención y prevención del fraude.

Asimismo, el Tomador/Asegurado facultan al Asegurador para que pueda requerir sus datos personales y de salud a los profesionales o centros sanitarios, hospitales y entidades con las que se mantenga relación de reaseguro, coaseguro o colaboración y viceversa, y por tanto autoriza a éstos a que se faciliten recíprocamente dichos datos para la gestión del rea/coa/seguro, ofrecimiento de los programas integrales asistenciales, el mejor conocimiento y valoración de los riesgos a cubrir, para prevención del fraude, determinación de la asistencia sanitaria, abono a los prestadores sanitarios o reintegro al Asegurado de los gastos de asistencia sanitaria y para la atención de las reclamaciones presentadas por los propios Asegurados.

Con el objeto de prevenir el fraude, para programas de retención y selección de riesgos, los Asegurados consienten expresamente en que sus datos sean conservados aunque el contrato no llegara a celebrarse o se haya extinguido la relación contractual.

Si el Tomador/Asegurado no consintiera la inclusión de sus datos en estos ficheros y su posterior tratamiento según lo descrito anteriormente, el contrato de seguro no podrá llevarse a efecto.

El Tomador y el Asegurado consienten el envío durante la relación contractual por cualquier medio, incluidas comunicaciones comerciales electrónicas, de publicidad u otras ofertas de SANITAS y de terceros con los que establezcan vínculos de colaboración relacionadas con productos y servicios financieros, de seguro, servicios socio-sanitarios y/o de salud o bienestar, autorizando a SANITAS a tratar sus datos para enviarles la información que más se adapte a sus necesidades específicas.

Asimismo, el Tomador y el Asegurado autorizan expresamente la cesión de sus datos personales a las empresas del Grupo de SANITAS que constan identificadas en www.sanitas.es y la cesión a cualquier otra entidad con la que establezcan vínculos de colaboración, para la efectividad de las relaciones contractuales con el Tomador/Asegurado, por motivo de coaseguro o reaseguro del riesgo, así como para el envío de información comercial relacionada con productos y servicios financieros, seguros, servicios socio-sanitarios y/o de salud o bienestar.

El Tomador se hace responsable de comunicar a todos los Asegurados incluidos

en la póliza la inclusión de sus datos en los ficheros anteriormente mencionados y el tratamiento que de los mismos pretende realizar el Asegurador para que puedan ejercitar ante la misma los derechos que estimen convenientes. El Tomador manifiesta que cuenta con el consentimiento de los Asegurados tanto para que por el Tomador se den sus datos personales a SANITAS como para que SANITAS facilite al Tomador la información identificativa sobre los servicios médicos de los Asegurados cubiertos por la póliza, salvo que por parte del Tomador se libere por escrito a SANITAS de su deber legal de informarle o sea solicitado por cualquiera de los Asegurados.

El ejercicio de los derechos de oposición, acceso, rectificación y cancelación de estos datos conforme se establece en la normativa aplicable, pueden ser ejercitados en la sede de la entidad, calle Ribera del Loira 52, 28042 Madrid, Dpto. de Asesoría Jurídica o a través de Mi Sanitas a https://www.sanitas.es/misanitas/online/clientes/contacto/index.html. Si el Tomador y/o los Asegurados no desean recibir información comercial del Asegurador, o en su caso, de otras entidades con las que el Asegurador establezca vínculos de colaboración, o bien no desean que se cedan datos a otras compañías salvo para la efectividad de las relaciones contractuales, podrá hacerlo por los mismos medios.

En caso de no recibir comunicación escrita en el plazo de 45 días a contar desde la fecha en la que el Tomador tuvo conocimiento de lo establecido en los párrafos anteriores, implicará su conformidad con el envío de publicidad y cesión de datos a otras compañías en los términos indicados.

7. Otros

El Tomador del Seguro y/o el Asegurado autorizan al Asegurador para que, si este **lo considera necesario, pueda grabar las conversaciones telefónicas** que mantengan en relación con la presente póliza y utilizarlas en sus procesos de control de calidad y, en su caso, como medio de prueba para cualquier reclamación que pudiera surgir entre ambas partes, preservando en todo caso la confidencialidad de las conversaciones mantenidas.

El Tomador del Seguro y/o el Asegurado podrá solicitar al Asegurador copia o transcripción escrita del contenido de las conversaciones grabadas entre ambos.

8. Jurisdicción

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

Hecho por duplicado en Madrid a 23 de febrero de 2016

Por el Asegurado / Tomador del seguro

Por SANITAS

Iñaki Peralta
Sanitas, S.A. de Seguros