

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: Objeto del seguro.....	11
Cláusula II: Coberturas.....	11
COBERTURAS PRINCIPALES DE LA PÓLIZA.....	11
1. Asistencia primaria.....	11
1.1. Medicina Familiar.....	11
1.2. Pediatría y Puericultura.....	11
1.3. Servicio de Enfermería.....	11
2. Urgencias.....	11
Sanitas 24 horas.....	12
3. Especialidades médicas.....	12
3.1. Alergología.....	12
3.2. Análisis Clínicos.....	12
3.3. Anatomía Patológica.....	12
3.4. Anestesiología.....	12
3.5. Angiología y Cirugía Vasular.....	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 Maxilofacial.....	12
3.11. Cirugía Ortopédica y Traumatológica.....	12
3.12. Cirugía Pediátrica.....	12
3.13. Cirugía Reparadora.....	12
3.14. Cirugía Torácica.....	12
3.15. Dermatología.....	12
3.16. Endocrinología y Nutrición.....	13
3.17. Geriatria.....	13



3.18. Hematología y Hemoterapia.....	13
3.19. Medicina Interna.....	13
3.20. Medicina Nuclear.....	13
3.21. Nefrología.....	13
3.22. Neumología.....	13
3.23. Neurocirugía.....	13
3.24. Neurofisiología Clínica.....	13
3.25. Neurología.....	13
3.26. Obstetricia y Ginecología.....	13
3.26.1. Asistencia de Neonatología.....	14
3.26.2. Asistencia al recién nacido.....	14
3.27. Oftalmología.....	14
3.28. Oncología Médica.....	14
3.29. Otorrinolaringología.....	14
3.30. Psiquiatría.....	14
3.31. Radiodiagnóstico-Diagnóstico por Imagen.....	14
3.32. Radioterapia.....	15
3.33. Rehabilitación.....	15
3.34. Reumatología.....	15
3.35. Urología.....	15
4. Otros servicios asistenciales.....	15
4.1. Ambulancia.....	15
4.2. Atención Especial en Domicilio.....	15
4.3. Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matronas).....	15
4.4. Fisioterapia.....	15
4.5. Logofoniatría.....	15
4.6. Odontoestomatología.....	16
4.7. Podología (exclusivamente Quiropodia).....	16
4.8. Prótesis.....	16
4.9. Programa Materno Infantil.....	16
4.10. Psicología.....	16
4.11. Terapias respiratorias domiciliarias.....	16
5. Asistencia hospitalaria.....	17
6. Detección precoz de enfermedades.....	17
7. Determinados gastos de alojamiento.....	17
COBERTURAS ADICIONALES DE LA PÓLIZA.....	18
Segunda opinión médica.....	19
Cobertura de accidentes.....	19

Cobertura en Estados Unidos.....	29
Cobertura de desempleo.....	29
Asistencia de urgencias en el extranjero.....	33
Cobertura adicional de pago de la prima por fallecimiento.....	36
Cobertura de renta.....	38
Cláusula III: Coberturas excluidas.....	44
Cláusula IV: Periodos de carencia.....	47
Cláusula V: Forma de prestar los servicios.....	48
Cláusula VI: Otros aspectos de su seguro.....	53
1. Bases y pérdida de derechos del contrato.....	53
2. Duración del seguro.....	53
3. Primas del seguro.....	54
4. Altas de recién nacidos.....	55
5. Aportación de informes.....	56
6. Reclamaciones.....	56
7. Otros aspectos legales a tener en cuenta.....	56
8. Otros.....	58
9. Jurisdicción.....	58

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 **Sanitas Mundi Un Millon** 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.

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, diagnóstico, 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 al 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 cardíacos, 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: Objeto del seguro

Dentro de los límites y condiciones estipuladas en la Póliza, y previo pago por el Tomador del seguro de la prima correspondiente, copagos y franquicias que en su caso corresponda, SANITAS pone a disposición de sus asegurados un amplio cuadro concertado de profesionales, clínicas y hospitales para su asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria, según la práctica médica habitual, en aquellas especialidades y modalidades comprendidas en la cobertura de esta Póliza, asumiendo su coste mediante el pago directo a los profesionales o centros concertados que hubieren realizado la prestación asegurada.

Los avances diagnósticos y terapéuticos que se vayan produciendo en la ciencia médica, con posterioridad a la fecha de efecto del presente contrato, podrán pasar a formar parte de las coberturas de esta póliza siempre que sean seguros, eficaces y estén universalizados y consolidados. En cada renovación de esta póliza, SANITAS comunicará las técnicas o tratamientos que se incluirán entre las coberturas de la póliza para el siguiente periodo.

El presente contrato además incluye la modalidad de reembolso de gastos, según la cual SANITAS se hará cargo, dentro de los límites y condiciones estipuladas en la Póliza de la asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria indicada en el primer párrafo de esta cláusula, mediante la restitución al Asegurado de la totalidad o parte de los gastos sanitarios, razonables y usuales, adelantados por el mismo, de acuerdo con los límites de capital asegurado y porcentajes de reembolso establecidos en las Condiciones Particulares del Seguro, no pudiendo aplicar conjuntamente ambas modalidades para una misma y única prestación.

Cláusula II: 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 Familiar

Comprende la asistencia médica en consulta, 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 la asistencia médica a domicilio cuando por motivos que dependan sólo de la enfermedad que aqueje al Asegurado se encuentre impedido para trasladarse a la consulta del médico.

En los casos urgentes, el Asegurado deberá acudir a los servicios permanentes de urgencia, o bien ponerse en contacto con el servicio telefónico de SANITAS.

1.2. Pediatría y Puericultura

Comprende la asistencia de niños **hasta cumplir los 15 años de edad**, en consultorio y a domicilio, la indicación y prescripción de las pruebas y medios diagnósticos básicos (analítica y radiología general) aplicándose las mismas normas ya citadas para la cobertura de Medicina Familiar.

1.3. Servicio de Enfermería

Comprende la asistencia en consulta y a domicilio.

2. Urgencias

Comprende la asistencia sanitaria en casos de urgencia que se prestará en los centros de urgencia permanente.

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 prestación de dicho servicio.

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

3.1. Alergología

3.2. Análisis Clínicos

3.2.1. Estudios Genéticos

Comprende exclusivamente aquellos imprescindibles para el diagnóstico y/o para realizar las prescripciones del tratamiento en paciente afecto y sintomático.

3.3. Anatomía Patológica

Incluye la realización de dianas terapéuticas, previas a la administración de determinados fármacos, siempre que en la ficha técnica de dicho fármaco, establecida por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, se exija su determinación.

3.4. Anestesiología

3.5. Angiología y Cirugía Vascolar

Queda excluido el tratamiento esclerosante de varices con espuma o microespuma.

3.6. Aparato Digestivo

La prueba diagnóstica fibroscan está cubierta, **una vez al año por Asegurado, 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

3.8. Cirugía Cardiovascular

Queda excluida la técnica de crioblación y las técnicas percutáneas para el recambio de válvulas cardíacas.

3.9. Cirugía General y del Aparato Digestivo

Incluye la cirugía por vía laparoscópica.

3.10. Cirugía Maxilofacial

Comprende el diagnóstico y tratamiento quirúrgico de las enfermedades y traumatismos que involucren exclusivamente a la mandíbula, maxilar y huesos propios de la cara.

Están excluidos los tratamientos propios de la especialidad de Odontología, así como tratamientos estéticos y/o que tengan finalidad funcional del área bucodental del paciente, entre otros las cirugías ortognáticas, preimplantológicas y preprotésicas.

3.11. Cirugía Ortopédica y Traumatológica

Incluye la cirugía por vía artroscópica.

3.12. Cirugía Pediátrica

En idénticos términos y condiciones que la cirugía de adultos.

3.13. Cirugía Reparadora

3.14. Cirugía Torácica

3.15. Dermatología

3.16. Endocrinología y Nutrición

3.17. Geriatría

3.18. Hematología y Hemoterapia

Incluye trasplantes autólogos tanto de médula ósea como de células progenitoras de sangre periférica, **exclusivamente para tratamientos de tumores de estirpe hematológica.**

3.19. Medicina Interna

3.20. 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.

3.21. Nefrología

Incluye las técnicas de diálisis exclusivamente en procesos agudos. **Quedan excluidos los tratamientos crónicos de diálisis y hemodiálisis.**

3.22. Neumología

3.23. Neurocirugía

Incluye la cirugía con asistencia de navegación quirúrgica y la Monitorización Electrofisiológica Intraoperatoria.

3.24. Neurofisiología Clínica

3.25. Neurología

3.26. Obstetricia y Ginecología

Incluye las intervenciones ginecológicas por vía laparoscópica y el estudio y diagnóstico básico de la infertilidad y esterilidad.

Incluye también planificación familiar: ligadura de trompas, implantación del DIU (**siendo el**

dispositivo por cuenta del Asegurado) y el seguimiento del tratamiento con anovulatorios.

Están incluidas las siguientes pruebas genéticas: cariotipo, factor V Leiden y mutación 20210 del gen de la protrombina. **Cualquier otra prueba genética distinta de las ya mencionadas, estará excluida.**

3.26.1. Asistencia de Neonatología

Comprende el reconocimiento médico, administración de vacunas, y realización de aquellas pruebas que de manera sistemática se efectúan al recién nacido durante sus primeras 48 horas de vida, de conformidad con el protocolo asistencial aplicable según cada comunidad autónoma, **excluyendo cualquier prestación médica que sea consecuencia de una patología o complicación al nacer.**

3.26.2. Asistencia al recién nacido

Comprende los gastos derivados de la asistencia sanitaria al recién nacido, **siempre y cuando esté dado de alta como asegurado en SANITAS y cuente con dicha cobertura.**

3.27. Oftalmología

Incluye la fotocoagulación por láser y la cirugía para el trasplante de córnea siendo la córnea a trasplantar por cuenta de SANITAS.

3.28. Oncología Médica

La prescripción del tratamiento deberá ser siempre realizada por el especialista en Oncología Médica que esté encargado de la asistencia al enfermo. Los tratamientos correrán por cuenta de SANITAS, siempre que se apliquen en centro asistencial, tanto en régimen de Unidad de Día Oncológica, como en ingreso cuando éste fuera necesario.

SANITAS, sólo correrá con los gastos correspondientes a los productos farmacéuticos específicamente citostáticos, cuya comercialización se

encuentre autorizada en el mercado nacional y siempre que se empleen de conformidad con las indicaciones que figuran en la ficha técnica del producto y cuya administración sea por vía parenteral, en tantos ciclos como sea necesario.

3.29. Otorrinolaringología

Incluye la cirugía mediante láser y radiofrecuencia.

3.30. Psiquiatría

El ingreso psiquiátrico **sólo comprende el tratamiento de brotes agudos. Queda limitado a un periodo máximo de 50 días por asegurado/ año.**

3.31. Radiodiagnóstico-Diagnóstico por Imagen

Comprende las técnicas habituales de diagnóstico. Los medios de contraste serán por cuenta de SANITAS.

También incluye:

A) La colonografía realizada mediante tomografía computarizada (TC) en las siguientes indicaciones:

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

B) La coronariografía por TC: **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 cardíaca y para evaluación de stents o injertos coronarios.

Queda excluida la valoración del score cálcico.

3.32. Radioterapia

3.33. Rehabilitación

Comprende las consultas encaminadas al diagnóstico, valoración y prescripción de los tratamientos de fisioterapia contemplados en la cobertura de Fisioterapia.

3.34. Reumatología

3.35. Urología

Incluye la vasectomía, el estudio y diagnóstico de la infertilidad y esterilidad y la litotricia del aparato urinario.

Quedan excluidas las intervenciones de próstata mediante cualquier técnica de láser

4. Otros servicios asistenciales

4.1. Ambulancia

Se prestará este servicio por vía terrestre. Solo están comprendidos en la presente garantía, los traslados desde el lugar donde se encuentre el asegurado al hospital donde se prestará la asistencia objeto de la cobertura y desde éste a su domicilio. Están comprendidos igualmente los traslados entre centros hospitalarios localizados en provincias diferentes cuando los recursos asistenciales en la provincia en la que reside el Asegurado no sean suficientes para atenderlo.

Esta prestación no incluye los traslados requeridos para tratamientos de fisioterapia, para la realización de las pruebas diagnósticas, ni para asistencia a consultas.

4.2. Atención Especial en Domicilio

Se llevará a cabo por los equipos sanitarios que designe SANITAS, siempre que exista la posibilidad de concertar el servicio cuando la patología del enfermo requiera cuidados especiales sin llegar a precisar ingreso hospitalario.

4.3. Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matronas)

La asistencia al parto por matrona se realizará en todo caso en régimen de ingreso hospitalario.

4.4. Fisioterapia

Está comprendida únicamente con carácter ambulatorio y **exclusivamente para las afecciones de origen en el aparato locomotor siempre que no se trate de un proceso crónico o degenerativo**, hasta la mayor recuperación funcional posible del paciente, determinada por su médico rehabilitador. También incluye el drenaje linfático tras proceso oncológico.

En régimen de ingreso hospitalario se prestará **sólo y exclusivamente para la recuperación del aparato locomotor secundaria a una cirugía ortopédica y la recuperación cardíaca tras la cirugía con circulación extracorpórea.**

Queda excluida la rehabilitación de origen neurológico, rehabilitación del suelo pélvico, rehabilitación cardíaca en régimen ambulatorio o aquellas que usen equipamiento robótico.

4.5. Logofoniatría

Está comprendida únicamente en relación con procesos orgánicos referidos al aparato fonador, **hasta un máximo de 6 meses al año por asegurado.**

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

4.6. Odontología

Comprende exclusivamente consultas, extracciones, y limpiezas de boca.

4.7. Podología (exclusivamente Quiropodia)

Limitado a 6 sesiones como máximo del tratamiento por asegurado y anualidad del seguro.

4.8. Prótesis

Comprende exclusivamente las prótesis internas y materiales implantables internos expresamente indicados a continuación.

En aquellos casos en los que así lo requiera SANITAS, el Asegurado deberá facilitar los informes y/o presupuestos.

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

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

3. Área Cardiovascular: las siguientes 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 los conductos valvulados aórticos, válvulas cardíacas con exclusión de los conductos valvulados aórticos y cualquier otra de implantación por vía percutánea o transapical; marcapasos con exclusión de cualquier tipo de desfibrilador y del**

corazón artificial; coils y/o materiales de embolización.

4. Quimioterapia o Tratamiento del Dolor: reservorios.

5. Otros materiales quirúrgicos: mallas abdominales, **excepto las utilizadas como sistemas de cierre en cirugías laparoscópicas;** 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.

6. Materiales de fijación ósea en cirugías craneales y/o maxilofaciales.

4.9. Programa Materno Infantil

Comprende clases teóricas y prácticas de preparación al parto, exámenes de salud del niño, así como asesoramiento telefónico por profesionales de enfermería durante los seis primeros meses de vida del niño.

4.10. Psicología

Comprende la atención psicológica de carácter individual prescrita por Psiquiatras, Médicos Asesores de Salud Familiar, Pediatras u Oncólogos Médicos. Asimismo comprende el diagnóstico psicológico simple y los test psicométricos, **cuyos formularios serán por cuenta del Asegurado.**

Comprende hasta un máximo de 4 consultas al mes y con un límite de 15 sesiones por asegurado y anualidad del seguro.

Queda excluido el psicoanálisis, la terapia psicoanalítica, la hipnosis, la narcolepsia y los servicios de rehabilitación psicosocial o neuropsiquiatría.

4.11. Terapias respiratorias domiciliarias

Comprende exclusivamente los siguientes tratamientos:

a) Oxigenoterapia: líquida, con concentrador y gaseosa.

La oxigenoterapia líquida deberá estar prescrita para administrarse durante al menos 15 horas diarias. SANITAS solo se hará cargo de un tipo de tratamiento de oxigenoterapia.

b) Generación de presión positiva en la vía aérea para tratamiento de trastornos del sueño.

c) Ventiloterapia y Aerosolterapia.

5. Asistencia hospitalaria

Comprende cualquier tipo de hospitalización (médica, pediátrica, psiquiátrica, en U.V.I., quirúrgica, obstétrica) se realizará en clínica u hospital.

El enfermo ocupará habitación individual convencional y cama de acompañante excepto en las hospitalizaciones psiquiátricas, en U.V.I. e incubadora y serán por cuenta de SANITAS los gastos derivados de la realización de los métodos diagnósticos y terapéuticos, tratamientos quirúrgicos (incluidos gastos de quirófano y medicamentos **excepto medicación citostática que no cuente con autorización para su comercialización en España**) y estancias con la manutención del enfermo, comprendidos en la cobertura de la póliza.

6. Detección precoz de enfermedades

Comprende la consulta médica, exploración física y pruebas diagnósticas básicas prescritas por el especialista correspondiente, para el diagnóstico precoz de las enfermedades siguientes:

6.1. Aparato Digestivo: diagnóstico precoz del cáncer de esófago, estómago y colorrectal.

6.2. Cardiología: diagnóstico precoz del riesgo coronario.

6.3. Neumología: diagnóstico precoz del cáncer de pulmón

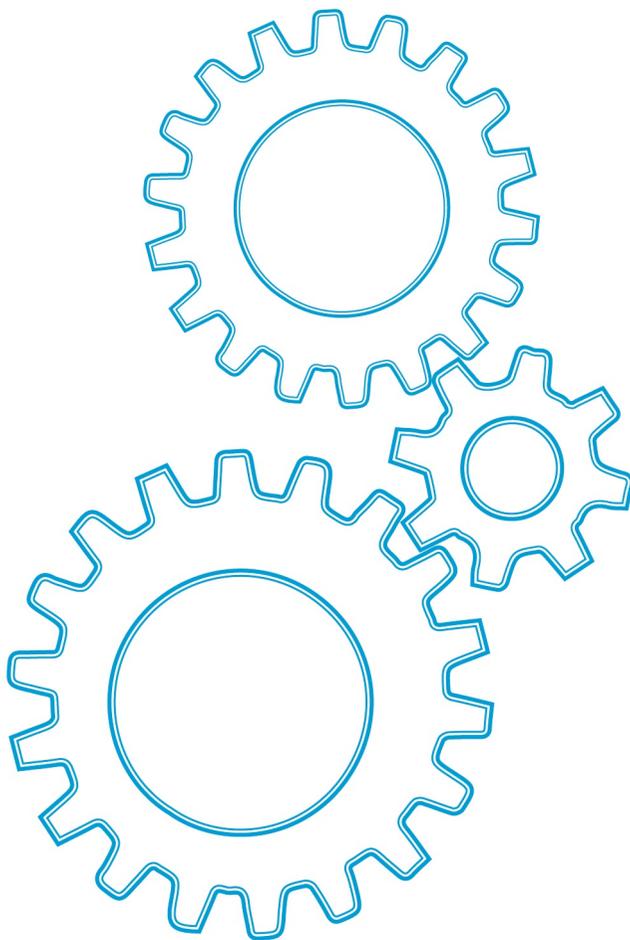
6.4. Obstetricia y Ginecología: diagnóstico precoz del cáncer de mama, cuello uterino y ovarios.

6.5. Urología: diagnóstico precoz del cáncer de próstata y vejiga.

7. Determinados gastos de alojamiento

Los gastos exclusivamente del alojamiento en hotel del acompañante, en aquellos casos en que la hospitalización del Asegurado se haya producido fuera de la provincia de su domicilio declarado en la póliza, siempre que la habitación del centro hospitalario no cuente con cama de acompañante y hasta un máximo de 250 euros al día y con el límite de diez (10) días por anualidad y persona asegurada.

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.

Cuando finaliza el proceso se le enviara al Asegurado un informe de la segunda opinión médica que incluirá:

- Resumen de su historia clínica
- Opinión de los expertos consultados
- Currículum de estos expertos

Durante todo este proceso el Asegurado estará acompañado por un médico consultor, responsable de gestionar el caso y asesorar al paciente en todo momento.

Cobertura de accidentes

1. OBJETO DE LA COBERTURA

Dentro de los límites y condiciones estipuladas en la Póliza, y previo pago por el Tomador del seguro de la prima correspondiente, SANITAS cubre el pago de las indemnizaciones que se indican en esta póliza, como una compensación de los daños corporales provenientes de accidentes

que puedan ocurrirle al Asegurado en el desempeño de la profesión u oficio que se indica en la póliza o en el desarrollo de cualquier otra actividad de la vida ordinaria que no tenga carácter profesional. Se considera accidente la lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado que produce muerte o invalidez permanente y da lugar al pago de las garantías de la Póliza. También se consideran accidentes las lesiones producidas practicando cualquier deporte como aficionado salvo las expresamente excluidas en esta póliza.

SANITAS garantiza el pago del correspondiente capital, siempre que dicha Cobertura Complementaria se hubiese contratado y así conste expresamente indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

2. RIESGOS CUBIERTOS

a) Fallecimiento por Accidente del Asegurado:

Se entiende por fallecimiento por accidente del Asegurado, el producido por toda lesión corporal debida a la acción directa de un acontecimiento exterior, súbito y violento, ajeno a la voluntad del Asegurado que se encuentre cubierto por la Póliza y que cause su fallecimiento dentro de los dos años siguientes a la fecha en que aquel sufrió tal lesión, siempre y cuando ésta se haya producido durante la vigencia del presente seguro y el Beneficiario pruebe frente a SANITAS que el fallecimiento del Asegurado es consecuencia directa del accidente sufrido por el mismo.

b) Incapacidad permanente:

Si como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza se produjera la invalidez del Asegurado, inmediatamente o dentro del plazo de un año desde la fecha de su ocurrencia, SANITAS abonará al Asegurado la indemnización especificada en las presentes condiciones, en función del grado de dicha invalidez.

Se hace expresamente constar que los grados de incapacidad permanente que

quedan incluidos en las garantías son los que se indican a continuación:

- Incapacidad permanente total, entendiéndose por tal, la situación por la que el Asegurado quede incapacitado por completo para realizar cualquier profesión u oficio remunerados, como consecuencia de un accidente.
- Incapacidad permanente parcial, cuando la incapacidad, aun siendo permanente no alcance el grado de total para cualquier profesión u oficio devendrá en una incapacidad permanente parcial y en este caso la compañía abonará los porcentajes indicados en el baremo establecido en la cláusula indicada a continuación de Garantías y Capital Asegurado

Esta cobertura complementaria no podrá contratarse separadamente del seguro principal de enfermedad.

3. RIESGOS EXCLUIDOS

Se excluyen de las coberturas de la presente Cobertura Complementaria, además de los riesgos excluidos del Condicionado General de la póliza, los siguientes accidentes:

3.1. Ocurridos en actos notoriamente peligrosos o criminales cometidos por el Asegurado, incluido el suicidio intentado, frustrado o consumado, así como su participación en apuestas, desafíos o riñas, salvo en los casos probados de legítima defensa y tentativa de salvamento de personas o bienes.

3.2. 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.

3.3. Ocurridos practicando boxeo, rugby, toreo y encierro de reses bravas, artes marciales, en pruebas de velocidad o resistencia con vehículos a motor, incluso

entrenamientos, esgrima, otros deportes notoriamente peligrosos y los sufridos en la práctica como profesional de cualquier deporte.

3.4. Ocurridos en estado de sonambulismo, embriaguez manifiesta (alcohólica o tóxica), de enajenación mental o por drogadicción. Se estará a lo dispuesto en la vigente Ley de Seguridad Vial para considerar el estado de embriaguez.

3.5. Sobrevenidos a consecuencia de embarazo o parto.

3.6. Ocurridos debido a insolaciones, congelaciones, quemaduras y otros efectos de la temperatura atmosférica, salvo que sean consecuencia de un accidente.

3.7. Sufridos como miembros de tripulaciones aéreas, o como pasajero de helicópteros o avionetas de menos de dos motores.

3.8. Ocurridos en regiones inexploradas y/o viajes que tengan carácter de exploración.

3.9. Los provocados intencionadamente por el Asegurado, así como las autolesiones.

3.10. Las intoxicaciones, envenenamientos y reacciones por hipersensibilidad debidas a ingestión de productos alimenticios o fármacos, y las infecciones de carácter general, como la malaria, el tifus exantemático, la enfermedad del sueño, la fiebre amarilla y similares.

3.11. Las enfermedades de cualquier clase o naturaleza, así como las lesiones y otras secuelas debidas a intervenciones quirúrgicas o tratamientos médicos no motivados por un accidente cubierto por la Póliza.

3.12. Las lesiones corporales o complicaciones relacionadas con una

enfermedad o estado morbozo (síncope, pérdida de conciencia o similares) y las hernias de cualquier clase o naturaleza así como sus agravamientos, sean o no de origen traumático.

3.13. El rescate de personas en montaña, mar o desierto. En ningún caso SANITAS sustituirá a los órganos de socorro de urgencia ni se hará cargo del costo de estos servicios.

3.14. Aquellos cuya cobertura corresponde al Consorcio de Compensación de Seguros conforme se detalla en la Cláusula de Riesgos Extraordinarios. No quedarán amparados, salvo que expresamente se estipule lo contrario en las Condiciones Particulares correspondientes a esta garantía y se abone la sobreprima correspondiente la:

a) Intervención en corrientes eléctricas de alta tensión.

b) Y la práctica como aficionado de:

- **Conducción de ciclomotores o motocicletas.**
- **Conducción de embarcaciones a vela o a motor en alta mar.**
- **Hípica, polo, esquí, alpinismo y espeleología.**
- **Caza mayor.**
- **Inmersión submarina.**

4. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO

El Tomador del seguro podrá designar beneficiario o modificar la designación anteriormente realizada, sin necesidad del consentimiento de SANITAS.

La designación del beneficiario podrá hacerse en la Póliza, en una posterior declaración escrita comunicada a SANITAS o en testamento.

En caso de fallecimiento, a falta de designación expresa por parte del Asegurado mediante comunicación escrita dirigida a SANITAS, se consideran beneficiarios de

esta garantía por orden preferente y excluyente, las siguientes personas:

- **Cónyuge e hijos del asegurado por partes iguales.**
- **Padres del asegurado por partes iguales.**
- **Hermanos del asegurado por partes iguales.**
- **Herederos legales.**

En caso de invalidez la suma asegurada será entregada al propio Asegurado.

5. PERSONAS NO ASEGURABLES EN ESTA COBERTURA

No podrán figurar como Asegurados las personas menores de 14 años, según lo establecido en el artículo 83 de la Ley de Contrato de Seguro. Asimismo, no podrán contratar esta garantía:

5.1. Las personas mayores de 65 años.

5.2. Los afectados de demencia, enajenación mental, ceguera o fuerte miopía (más de 10 dioptrías en un ojo), sordera, parálisis, secuelas de lesiones neurológicas, epilepsia, diabetes, alcoholismo, toxicomanía, SIDA y/o VIH positivo, enfermedades de médula espinal, sífilis, encefalitis letárgica, y en general, de cualquier lesión, enfermedad o minusvalía física o psíquica que, a juicio de SANITAS, disminuya su capacidad en comparación con una persona físicamente íntegra y de salud normal.

De presentarse cualquiera de estas enfermedades, la presente garantía se considera extinguida desde ese momento, restituyéndose por SANITAS la parte de prima no devengada a partir de la fecha en que reciba la notificación de tal estado.

6. GARANTÍAS Y CAPITAL ASEGURADO

6.1. Fallecimiento:

El importe de la indemnización será el capital Asegurado indicado en las Condiciones Particulares.

Los pagos que SANITAS pudiera haber hecho en concepto de invalidez permanente como consecuencia del accidente que ocasione la muerte del Asegurado, se deducirán de la indemnización debida en caso de fallecimiento.

6.2. Incapacidad permanente total:

El importe de la indemnización será el capital Asegurado indicado en las Condiciones Particulares, para estos supuestos:

- Pérdida o inutilización de ambos brazos o ambas manos; de un brazo y una pierna; de un brazo y un pie; de ambas piernas o de ambos pies.
- Enajenación mental incurable que inhabilite para la realización de un trabajo remunerado.
- Parálisis completa, incurable y permanente (tetraplejía).
- Ceguera absoluta, incurable y permanente.

6.3. Incapacidad permanente parcial:

El importe de la indemnización será el resultante de aplicar sobre el Capital Asegurado indicado en las Condiciones Particulares, los siguientes porcentajes:

	Derecho	Izquierdo
Ablación de la mandíbula inferior	30%	30%
Acortamiento por lo menos de 5 cm de un miembro inferior	15%	15%
Amputación de 4 falanges de una mano	10%	10%

Amputación parcial de un pie comprendiendo todos los dedos	40%	40%
Fractura no consolidada de una pierna o un pie	25%	25%
Fractura no consolidada de mandíbula inferior	16,66%	16,66%
Fractura no consolidada de una rótula	20%	20%
Impotencia funcional absoluta de una rodilla	16,66%	16,66%
Impotencia funcional absoluta del codo	16,66%	16,66%
Impotencia funcional absoluta del empeine del pie y del tobillo	16,66%	16,66%
Pérdida completa de los movimientos de las articulaciones del hombro	25%	20%
Pérdida completa de los movimientos de la muñeca	20%	15%
Pérdida de una pierna o un pie	50%	50%
Pérdida del dedo índice y otro que no sea el pulgar mano	25%	20%
Pérdida del dedo medio, anular o meñique mano	10%	8%
Pérdida del dedo medio, anular o meñique (dos dedos) mano	15%	12%
Pérdida del dedo pulgar y otro que no sea el índice mano	30%	25%

Pérdida total del brazo o de la mano	60%	50%
Pérdida total del dedo pulgar	22%	18%
Pérdida total del dedo índice	15%	12%
Pérdida total del pulgar y el índice mano	30%	25%
Pérdida total de tres dedos, comprendiendo el pulgar o índice mano	30%	25%
Pérdida total de tres dedos que no sean el pulgar o índice mano	25%	20%
Pérdida total de otro dedo de un pie	5%	5%
Pérdida total de un ojo o reducción a la mitad de la visión	30%	30%
Pérdida total del movimiento de una cadera o de una rodilla	20%	20%
Pérdida total del movimiento del codo derecho	20%	15%
Rigidez completa de la columna vertebral	40%	40%
Sordera completa de los dos oídos	60%	60%
Sordera completa de un oído	15%	15%

Si el Asegurado es zurdo, lo que se deberá declarar convenientemente en la solicitud de seguro, el porcentaje previsto para el miembro superior derecho se aplicará al miembro superior izquierdo, e inversamente.

Para las lesiones no previstas, el grado de incapacidad se determina por analogía con los porcentajes señalados según los dictámenes médicos con respecto a la estricta lesión física, sin consideraciones de tipo personal o profesional.

El grado de incapacidad a tomar en cuenta cuando un mismo accidente cause diversas pérdidas anatómicas o funcionales se calcula sumando los porcentajes correspondientes a cada una de las mismas sin que dicho grado pueda exceder del 100%. La suma de los porcentajes de indemnización, por varios tipos de incapacidad parcial, en un mismo miembro u órgano, no podrá ser superior al porcentaje establecido para el caso de pérdida total del mismo.

Si un órgano o miembro afectado por un accidente presentaba ya con anterioridad al mismo un defecto físico o funcional, el grado de incapacidad vendrá determinado por la diferencia entre el preexistente y el que resulte después del accidente.

La pérdida completa e irreversible de la funcionalidad de un miembro o de un órgano o la impotencia funcional absoluta del mismo, se entenderá a los efectos del seguro equivalente a la pérdida anatómica del miembro o del órgano mismo.

7. PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN EN CASO DE SINIESTRO

7.1. Fallecimiento:

En caso de accidente el Beneficiario tiene los deberes y obligaciones siguientes:

7.1.1. Comunicar a SANITAS la ocurrencia del accidente en el plazo máximo de 7 días, las circunstancias y consecuencias del mismo. La comunicación se formulará en el impreso de declaración de siniestro establecido al efecto, acompañado de la siguiente documentación, común a todas las garantías contratadas que son objeto de estas condiciones:

a) Certificado del médico que haya asistido al Asegurado en el que se detallarán las circunstancias y causas del fallecimiento.

b) Certificado "literal" de inscripción de defunción en el Registro Civil.

c) Informe de la autopsia donde se haga constar el resultado del informe toxicológico.

d) Documentos que acrediten la personalidad, y en caso, la condición de Beneficiario (salvo que se indique expresamente en las condiciones particulares de la póliza).

e) Carta de exención del Impuesto sobre Sucesiones o de la liquidación, si procede, debidamente cumplimentada por la delegación de Hacienda.

El incumplimiento de esta obligación dará lugar a que SANITAS pueda reclamar los daños y perjuicios que se le irroguen, a no ser que concurriese dolo o culpa grave en cuyo caso se perderá el derecho a la indemnización de acuerdo con el apartado Nulidad del Contrato y pérdida de derechos.

7.1.2. Una vez recibidos de conformidad los documentos exigidos por SANITAS, éste deberá pagar el capital Asegurado en el plazo máximo de 40 días, o, al menos, el importe mínimo de lo que SANITAS pueda deber, según las circunstancias por él conocidas.

7.1.3. No obstante lo anterior, SANITAS queda autorizado a retener aquella parte del capital Asegurado en que, de acuerdo con las circunstancias por él conocidas, se estime la deuda tributaria resultante en la liquidación del Impuesto sobre Sucesiones.

7.1.4. Si en el plazo de tres meses desde la ocurrencia del siniestro, SANITAS 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).

7.2. Incapacidad permanente por accidente:

La determinación del grado de incapacidad se efectuará, de conformidad con el artículo 104 de la Ley de Contrato de Seguro, después de la presentación, por parte del Asegurado, del certificado médico oficial en el que se diagnostiquen las secuelas que han de ser objeto de valoración, conforme a lo previsto en la Póliza. SANITAS, si lo estima conveniente, requerirá por escrito al Asegurado para que se someta a reconocimiento de un médico designado por SANITAS y luego de practicado dicho reconocimiento, y en el plazo de 15 días, notificará por escrito al Asegurado la cuantía de la indemnización que a su juicio le corresponda. Si el Asegurado no aceptase la proposición hecha por SANITAS las partes se someterán al procedimiento de peritación previsto en el apartado Determinación de la indemnización en caso de disconformidad entre las partes.

Para percibir la indemnización el Asegurado deberá **comunicar a SANITAS la concurrencia del accidente en el plazo máximo de 7 días**, facilitándole toda clase de información sobre las circunstancias del mismo. La comunicación deberá ir acompañada de la siguiente documentación:

a) Documentación de la seguridad social donde se especifique el grado de incapacidad.

b) Certificado médico oficial de incapacidad en el que se detallarán las circunstancias y causas de la incapacidad.

c) Documentos que acrediten la personalidad y, en su caso, la condición de Beneficiario.

d) Fecha de determinación de la Invalidez, que será la que indique la comisión de evaluación de Incapacitadores.

Complementariamente a las prestaciones que correspondan por incapacidad permanente, SANITAS toma a su cargo el

importe de la primera prótesis ortopédica que necesite practicarse al Asegurado por resultados de accidente garantizado, sin que dicho importe exceda del 10% del capital base Asegurado para caso de incapacidad permanente y hasta el máximo de 601,01 euros. Si en la cobertura de su póliza de asistencia sanitaria existiese un límite económico menos restrictivo, para dicha prótesis, el límite establecido en esta Garantía Complementaria no será de aplicación.

7.3. Determinación de la indemnización en caso de disconformidad entre las partes:

SANITAS, conocida la existencia del siniestro, realizará la comprobación de las causas y forma de ocurrencia del mismo.

Si las partes se pusiesen de acuerdo sobre el importe y la forma de la indemnización, SANITAS pagará la suma convenida dentro del plazo convenido en el apartado Procedimiento de actuación en caso de siniestro. Si no se lograra el acuerdo mencionado en el apartado anterior dentro del plazo de 40 días a partir de la recepción de la declaración de siniestro, cada parte designará un perito, debiendo constar por escrito la aceptación de éstos.

Si los peritos llegan a un acuerdo, emitirán acta conjunta con la propuesta del importe líquido de la indemnización.

Si una de las partes no designa perito en el plazo de 8 días desde que la requiera para ello la parte que sí lo ha designado, el dictamen del perito de ésta vinculará a aquella.

Si no hay acuerdo ambas partes designarán un tercer perito. Si no hay conformidad sobre el mismo, lo designará el Juez de Primera Instancia del lugar de domicilio del Asegurado.

El dictamen pericial será vinculante para las partes, salvo impugnación judicial, en el plazo de 30 días en el caso de SANITAS, y 180 días en el caso del Asegurado, a contar desde la notificación del dictamen.

Cada parte satisfará los honorarios de su perito. Los del tercero, en su caso, y demás gastos serán por cuenta y mitad entre las partes. Pero si cualquiera de ellas hubiera hecho necesaria la peritación por haber mantenido una valoración del daño manifiestamente desproporcionada, será la única responsable de dichos gastos.

8. ÁMBITO TERRITORIAL

Las coberturas objeto de esta garantía son válidas en todo el mundo. La presente garantía se extingue si el Asegurado traslada su residencia al extranjero o no reside un mínimo de seis meses al año en territorio nacional.

9. PERFECCIÓN Y EFECTOS DE LA GARANTÍA DE ACCIDENTES

9.1. Esta garantía se perfecciona por el consentimiento, manifestado por la suscripción de las correspondientes Condiciones Particulares o del documento provisional de cobertura por las partes contratantes. La cobertura contratada y sus modificaciones o adiciones no tomarán efecto mientras no haya sido satisfecho el primer recibo de prima, salvo pacto en contrario en las correspondientes Condiciones Particulares.

9.2. En caso de demora en el cumplimiento de cualquiera de ambos requisitos, las obligaciones de SANITAS comenzarán a las veinticuatro horas del día en que hayan sido cumplimentados.

9.3. Las garantías que son objeto de estas Condiciones Generales entran en vigor en la hora y fecha indicadas en las correspondientes Condiciones Particulares.

10. DURACIÓN DEL SEGURO

10.1. La duración de la presente Garantía complementaria de accidentes coincidirá con la duración de la póliza de la cual forma parte.

10.2. Sin perjuicio de lo anterior aquellos Asegurados que cumplan 70 años de edad, causarán baja en esta garantía en la fecha

de vencimiento de la anualidad en que haya cumplido dicha edad.

11. RESCISIÓN EN CASO DE SINIESTRO

11.1. Después de la comunicación de cada siniestro, haya dado lugar o no a pago de indemnización, las partes podrán rescindir la presente garantía. La parte que tome la decisión de rescindir, deberá notificársela a la otra por escrito dentro del plazo de 30 días desde la fecha de comunicación del siniestro, si no hubiera lugar a indemnización, o desde la liquidación si hubiere lugar a ella, debiendo efectuarse la notificación con una anticipación mínima de 15 días a la fecha en que la rescisión haya de surtir efecto.

SANITAS, conocida la existencia del siniestro, realizará la comprobación de las causas y forma de ocurrencia del mismo.

Si las partes se pusiesen de acuerdo sobre el importe y la forma de la indemnización, SANITAS pagará la suma convenida dentro del plazo convenido en el apartado Procedimiento de actuación en caso de siniestro de estas condiciones.

Si la iniciativa de rescindir la presente garantía es del Tomador, quedarán a favor de SANITAS las primas del periodo en curso, y si fuere de SANITAS, éste deberá reintegrar al Tomador la parte de prima correspondiente al tiempo que medie entre la fecha de efecto de la rescisión y la de expiración del periodo de seguro cubierto por la prima satisfecha.

12. NULIDAD Y PÉRDIDA DE DERECHOS

Las garantías objeto de estas condiciones serán nulas, salvo en los casos previstos por la Ley, si en el momento de su conclusión no existía el riesgo o había ocurrido el siniestro. Se pierde el derecho a la indemnización.

12.1. En caso de reserva o inexactitud al cumplimentar el cuestionario, si medió dolo o culpa grave.

12.2. En caso de agravación del riesgo, si el Tomador o el Asegurado no lo comunican a SANITAS y han actuado con mala fe.

12.3. Si el siniestro sobreviene antes de que se haya pagado la primera prima, salvo pacto en contrario.

12.4. Si el Tomador o el Asegurado no facilitan a SANITAS la información sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro, y hubiera ocurrido dolo o culpa grave.

12.5. Si el Tomador o el Asegurado incumplen su deber de aminorar las consecuencias del siniestro, y lo hacen con manifiesta intención de perjudicar o engañar a SANITAS.

12.6. Cuando el siniestro haya sido causado por mala fe del Asegurado.

13. COBERTURA DE RIESGOS EXTRAORDINARIOS

Cláusula de indemnización por el Consorcio de Compensación de Seguros de las pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios en seguros de personas.

De conformidad con lo establecido en el texto refundido del Estatuto legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por el Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de octubre, y modificado por la Ley 12/2006, de 16 de mayo, el tomador del contrato de seguro de los que deben obligatoriamente incorporar recargo a favor de la citada entidad pública empresarial tiene la facultad de convenir la cobertura de los riesgos extraordinarios con cualquier entidad aseguradora que reúna las condiciones exigidas por la legislación vigente.

Las indemnizaciones derivadas de siniestros producidos por acontecimientos

extraordinarios acaecidos en España, y que afecten en riesgos en ella situados, y también acaecidos en el extranjero cuando el Asegurado tenga su residencia habitual en España, serán pagadas por el Consorcio de Compensación de Seguros cuando el tomador hubiese satisfecho los correspondientes recargos a su favor y se produjera alguna de las siguientes situaciones:

a) Que el riesgo extraordinario cubierto por el Consorcio de Compensación de Seguros no esté amparado por la póliza de seguro contratada con la entidad aseguradora.

b) Que, aún estando amparado por dicha póliza de seguro, las obligaciones de la entidad aseguradora no pudieran ser cumplidas por haber sido declarada judicialmente en concurso o por estar sujeta a un procedimiento de liquidación intervenida o asumida por el Consorcio de Compensación de Seguros.

El Consorcio de Compensación de Seguros ajustará su actuación a lo dispuesto en el mencionado Estatuto legal, en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, en el Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, aprobado por el Real Decreto 300/2004, de 20 de febrero, y en las disposiciones complementarias.

RESUMEN DE NORMAS LEGALES

1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos

a) Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos, inundaciones extraordinarias (incluyendo los embates de mar), erupciones volcánicas, tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 120 km/h, y los tornados) y meteoritos.

b) Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.

c) Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz.

2. Riesgos excluidos

a) Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.

b) Los ocasionados en bienes asegurados por contrato de seguro distinto a aquellos que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.

c) Los debidos a vicio o defecto propio de la cosa asegurada, o a su manifiesta falta de mantenimiento.

d) Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.

e) Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 25/1964, de 29 de abril, sobre energía nuclear. No obstante lo anterior, si se considerarán incluidos todos los daños directos ocasionados en una instalación nuclear asegurada, cuando sean consecuencia de un acontecimiento extraordinario que afecte a la propia instalación.

f) Los debidos a la mera acción del tiempo, y en el caso de bienes total o parcialmente sumergidos de forma permanente, los imputables a la mera acción del oleaje o corrientes ordinarias.

g) Los producidos en fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el artículo 1 del Reglamento de Seguro de riesgos extraordinarios, y en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que éstos fueran ocasionados manifiestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado en su zona una situación de inundación extraordinaria y

se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.

h) Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, reguladora de derecho de reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios conforme al artículo 1 del Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios.

i) Los causados por mala fe del Asegurado.

j) Los derivados de siniestros cuya concurrencia haya tenido lugar en el plazo de carencia establecido en el artículo 8 del Reglamento de seguros de riesgos extraordinarios.

k) Los correspondientes a siniestros producidos antes del pago de la primera prima o cuando, de conformidad con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se halle suspendida o el seguro quede extinguido por falta de pago de las primas.

l) Los indirectos o pérdidas derivadas de daños directos o indirectos, distintos de la pérdida de beneficios delimitada en el Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios. En particular, no quedan comprendidos en esta cobertura los daños o pérdidas sufridas como consecuencia de corte o alteración en el suministro exterior de energía eléctrica, gases combustibles, fuel-oil, gasoil, u otros fluidos, ni cualesquiera otros daños o pérdidas indirectas distintas de las citadas en el párrafo anterior, aunque estas alteraciones se deriven de una causa incluida en la cobertura de riesgos extraordinarios.

m) Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de <<catástrofe o calamidad nacional>>.

3. Franquicia

En el caso de daños directos (excepto automóviles y viviendas y sus comunidades), la franquicia a cargo del Asegurado será de un 7 por ciento de la cuantía de los daños indemnizables producidos por el siniestro. En el caso de la cobertura de pérdida de beneficios, la franquicia a cargo del Asegurado será la prevista en la póliza para pérdida de beneficios en siniestros ordinarios.

4. Extensión de cobertura

La cobertura de los riesgos extraordinarios alcanzará a las mismas personas y sumas aseguradas que se hayan establecido en la póliza a efectos de riesgos ordinarios. No obstante en las pólizas que cubran daños propios a los vehículos a motor, el Consorcio garantiza la totalidad del interés asegurable aunque la póliza sólo lo haga parcialmente.

PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN EN CASO DE SINIESTRO INDEMNIZABLE POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS

En caso de siniestro, el asegurado, tomador, beneficiario, o sus respectivos representantes legales, directamente a través de la entidad aseguradora o del mediador de seguros, deberá comunicar, dentro del plazo de siete días de haberlo conocido, la ocurrencia del siniestro, en la delegación regional del Consorcio que corresponda, según el lugar donde se produjo el siniestro. La comunicación se formulará en el modelo establecido al efecto, que está disponible en la página <<web>> del Consorcio (www.consorseguros.es), o en las oficinas de éste o de la entidad aseguradora, al que deberá adjuntarse la documentación que, según la naturaleza de las lesiones, se requiera.

Asimismo, se deberán conservar restos y vestigios del siniestro para la actuación

pericial y, en caso de imposibilidad absoluta, presentar la documentación probatoria de los daños, tales como fotografías, actas notariales, vídeos o certificados oficiales. Igualmente, se conservarán las facturas correspondientes a los bienes siniestrados cuya destrucción no pudiera demorarse.

Se deberán adoptar cuantas medidas sean necesarias para aminorar los daños.

La valoración de las pérdidas derivadas de los acontecimientos extraordinarios se realizará por el Consorcio de compensación de seguros, sin que éste quede vinculado por las valoraciones que, en su caso, hubiese realizado la Entidad Aseguradora que cubriese los riesgos ordinarios.

Para aclarar cualquier duda que pudiera surgir sobre el procedimiento a seguir, el Consorcio de Compensación de Seguros dispone del siguiente teléfono de atención al asegurado: 902 222 665.

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: 1.000.000€.
- Asistencia hospitalaria hasta 931.000€, con el sublímite de parto hasta 12.000€.
- Asistencia extrahospitalaria hasta 60.000€.

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.

Cobertura de desempleo

Protección en caso de Desempleo o de Incapacidad Laboral

Por el presente Certificado, Genworth Financial Insurance, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A., con domicilio Calle Luchana, 23-5ª, 28010 Madrid y CIF-A-80781701 e inscrita en el R.M. de Madrid, Tomo 18.537, Libro 0, Folio 189, Sección 8ª, Hoja M-121.063, inscripción 41, garantiza la cobertura de los riesgos de desempleo o de incapacidad temporal, según los casos, de los tomadores del seguro de asistencia sanitaria.

Asegurados: serán integrantes del colectivo asegurado los tomadores de la póliza Sanitas Mundi, siempre que sean mayores de dieciocho años, menores de sesenta y cinco y estén trabajando en territorio español de forma remunerada durante un mínimo de trece horas semanales, encontrándose en situación de alta en la Seguridad social, Mutualidad, Montepío o institución análoga que la legislación determine.

Para el caso de que en una misma póliza haya varias personas integradas (por ejemplo, por ser miembros de una unidad familiar), los riesgos sólo se cubren para el tomador del seguro. Para el caso de que al tomador del seguro le sobrevenga alguna de las contingencias cubiertas, la Compañía Aseguradora, se hará cargo de los pagos correspondientes a todas las personas integradas en la póliza.

1. ¿A qué garantías tengo derecho ?

Los riesgos garantizados son alternativamente los siguientes:

- desempleo a los asegurados empleados por cuenta ajena con contrato laboral indefinido, excepto a los funcionarios. A

los efectos del presente contrato se hace constar que el desempleo sólo será riesgo garantizado en caso de que en el momento de suscripción del contrato de seguro el asegurado tenga suscrito un contrato laboral de carácter indefinido con un empleador. En caso de que el contrato, cualquiera que sea su verdadera naturaleza, tenga carácter temporal, el asegurado no podrá beneficiarse de la cobertura de desempleo sino de la de incapacidad temporal. Si el contrato temporal fuese sustituido por acuerdo debidamente acreditado de las partes (trabajador y empresario) por un contrato indefinido, el trabajador verá sustituida la cobertura de incapacidad temporal por la de desempleo. Idéntica consecuencia se producirá si la jurisdicción social declarase la naturaleza indefinida del contrato por haber sido empleado de manera fraudulenta el mecanismo de la contratación temporal y el empleador firmara con el trabajador un contrato indefinido u optara por la readmisión. En tal caso, la cobertura de desempleo entrará en vigor a partir de la fecha en que el trabajador empiece a trabajar como indefinido o sea readmitido.

- incapacidad temporal a los empleados por cuenta ajena con contrato laboral temporal, a los trabajadores autónomos, a los funcionarios y, en general, a todas las personas que, cumpliendo los requisitos necesarios para ostentar la condición de asegurado, no puedan estar cubiertos por la garantía de Desempleo.

2. ¿A qué tipo de cobertura tengo derecho?

A efectos del presente contrato se cubre, para el caso de producirse alguno de los riesgos garantizados, el importe de la prima mensual o mensualizada (para el supuesto de que la prima se pagara por trimestres, semestres o año) del seguro de asistencia sanitaria correspondiente a todas las personas integradas en la póliza.

El presente contrato garantiza al beneficiario el pago de las primas mensuales del seguro de asistencia sanitaria por cada treinta días

consecutivos en que se encuentre el asegurado en situación de desempleo o incapacidad temporal en función del riesgo garantizado, con un máximo de seis mensualidades consecutivas. En todo caso el importe de la mensualidad para cada póliza será el existente en la fecha en que se produzca la situación de desempleo o incapacidad temporal.

3. En caso de siniestro ¿debo respetar algún plazo?

Si. En caso de producirse situaciones de desempleo subsiguientes al primer desempleo, se procederá al pago de nuevas prestaciones únicamente si el asegurado ha estado vinculado de forma activa a una nueva relación laboral de carácter indefinido por un período mínimo de seis meses.

En caso de producirse situaciones de incapacidad temporal subsiguientes a la primera, se pagarán nuevas prestaciones si el asegurado ha estado trabajando seis meses desde el fin de la última incapacidad temporal si se trata de la misma causa de incapacidad o de un mes si se trata de una causa distinta.

4. ¿Debo cumplir algún periodo de carencia?

Si. El derecho a las prestaciones cubiertas por este contrato se inicia desde la contratación del seguro de asistencia sanitaria, con los períodos de carencia que a continuación se mencionan. Se entiende por período de carencia aquél en que la producción del siniestro no generará derecho alguno a indemnización, presente o futura, para el asegurado. Dicho período será de dos meses para el desempleo y de un mes para la incapacidad temporal. No hay carencia para la incapacidad temporal derivada de accidente.

5. Definiciones y exclusiones

DESEMPELO: es la situación en que se encuentra el asegurado cuando se extingue su relación laboral o cuando se suspende dicha relación laboral en virtud de expediente de regulación de empleo o se reduzca a la

mitad, al menos, la jornada de trabajo por dicha causa. Están excluidos de la cobertura de desempleo, en todo caso, los menores de 18 años y los mayores de 65 años.

No se considera desempleo a la situación en que se encuentra el trabajador en cualquiera de las siguientes situaciones:

a) cuando cese voluntariamente en el trabajo, salvo por las causas previstas en los artículos 40, 41 y 50 del Estatuto de los Trabajadores.

b) cuando haya sido despedido y no reclame en tiempo y forma oportunos contra la decisión empresarial, salvo por extinción del contrato o despido basado en las causas objetivas previstas en el artículo 52 del Estatuto de los Trabajadores.

c) cuando, declarado improcedente o nulo el despido por Sentencia firme y comunicada por el empleador la fecha de reincorporación al trabajo, no se ejerza tal derecho por parte del Asegurado o no se haga uso, en su caso, de las acciones previstas en la legislación vigente.

d) cuando no haya solicitado el reingreso al puesto de trabajo en el caso en que la opción entre indemnización y readmisión correspondiera al Trabajador, o se estuviera en excedencia y venciera el período fijado por la misma.

e) cuando su contrato se extinga por despido declarado procedente.

f) los trabajadores fijos de carácter discontinuo en los períodos en que carezcan de ocupación efectiva.

Asimismo, el Asegurado no tiene derecho al cobro de las prestaciones por Desempleo en ninguno de los siguientes supuestos:

a) si se produce cualquier situación de Desempleo dentro del Período de Carencia.

b) si su Relación Laboral lo fuera con una empresa propiedad de su ámbito familiar hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad, así como en los casos en que el

Asegurado o un familiar suyo hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad fuera Administrador de la empresa.

c) cuando el Asegurado fuera socio de la sociedad empleadora con presencia o representación directa en los órganos de administración de la Sociedad.

d) si el Asegurado rechaza un puesto de trabajo alternativo ofrecido por el mismo u otro empresario acorde con su formación, experiencia y situado a menos de cincuenta kilómetros del centro de trabajo.

e) si el Asegurado rechaza un puesto de trabajo alternativo ofrecido por el mismo u otro empresario acorde con su formación, experiencia y situado a menos de cincuenta kilómetros del centro de trabajo.

INCAPACIDAD TEMPORAL: es la situación física temporal motivada por enfermedad o accidente determinante de la incapacidad del asegurado para el ejercicio de su profesión o actividad laboral. La enfermedad o accidente determinante de la incapacidad temporal deben producirse cuando el asegurado esté trabajando de forma remunerada en España. Dicha incapacidad temporal debe ser diagnosticada por el médico competente de la Seguridad Social o asimilado. El derecho a percibir las prestaciones del contrato cesará cuando el asegurado pueda reanudar o reanude su trabajo, aún de manera parcial, o cuando su estado pase a ser de incapacidad permanente.

No se considerarán incapacidad temporal los siniestros que resulten de cualquiera de las siguientes circunstancias:

a) la baja por parto, aborto o maternidad.

b) las intervenciones quirúrgicas y tratamientos médicos demandados por el Asegurado exclusivamente por razones estéticas, siempre que no se deban a secuelas de accidente, así como las lesiones o enfermedades causadas voluntariamente por el Asegurado.

c) las producidas cuando el Asegurado se encuentre bajo la influencia del alcohol,

droga tóxicas o estupefacientes no prescritos médicamente; los que ocurran en caso de perturbación mental, sonambulismo o en desafío, lucha o riña, excepto caso probado de legítima defensa; así como los derivados de una actuación delictiva del Asegurado, declarada judicialmente.

d) cualquier enfermedad, dolencia, lesión, incluyendo SIDA y el VIH (o las enfermedades que se deriven de éstos) de las que el Asegurado tuviera conocimiento en el momento de la firma del presente contrato y que no haya sido debidamente declarada a SANITAS:

- dolores de espalda, salvo que existan evidencias objetivadas por estudios médicos complementarios (radiologías, gammografías, escáneres, T.A.C., etc.) y que sean causantes de la Incapacidad Temporal.
- cefaleas y enfermedades mentales o nerviosas, aún cuando existan evidencias médicas.

6. ¿Qué debo hacer en caso de querer hacer uso de esta garantía?

En caso de ocurrir algún siniestro deben comunicarlo al Teléfono de Atención al Cliente: **91 702 71 44**.

El asegurado deberá aportar la documentación acreditativa del siniestro que le exija la compañía aseguradora. La compañía podrá exigir en cualquier momento la documentación acreditativa de que el asegurado continúa en situación de desempleo o incapacidad temporal. No se pagarán prestaciones mensuales adicionales si dicha documentación no se entrega en el plazo de sesenta días desde que fue requerida.

7. Reclamaciones

Los asegurados disponen de un servicio telefónico al que pueden dirigirse para cualquier consulta o reclamación, cuyo número es **91 702 71 44**. Asimismo podrán presentar sus quejas y reclamaciones por escrito dirigidas al Servicio de Atención al

Cliente de la Compañía (Calle Luchana 23, 5ª planta, 28010 Madrid) o por e-mail a la dirección: Cliente.Atención@genworth.com que resolverá las mismas en un plazo máximo de dos meses. En caso de no obtener respuesta de la compañía o en caso de rechazo de la misma, los asegurados podrán acudir ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones Paseo de la Castellana 44 28046 Madrid. Para la admisión de la queja ante dicho Servicio de Reclamaciones, el asegurado deberá acreditar haber acudido con anterioridad al Departamento de Atención al Cliente de la Compañía y que este haya desestimado la reclamación o bien hayan transcurrido dos meses desde que se interpuso sin obtener respuesta.

8. Protección de datos

Se pone en conocimiento de los asegurados que los datos de carácter personal que se proporcionen como consecuencia de este contrato, incluidos los datos de salud, se incorporarán a un fichero automatizado del que es responsable la Compañía de Seguros Genworth Financial Insurance, a la que pueden dirigirse para el ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición que les asisten. Tales datos se recogen para la ejecución del contrato de seguro y para la remisión a los titulares de información comercial sobre otros productos financieros o seguros comercializados por la compañía contratante. Si no desea recibir información comercial, comuníquelo a la dirección que consta en el encabezamiento. La oposición a la remisión de la información comercial no impedirá la formalización del contrato.

Asimismo, los datos podrán ser cedidos a ficheros comunes para la liquidación de siniestros y para la prevención del fraude en el sector asegurador.

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 12.000€ 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

12.000€ 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 transmitirá 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.

Cobertura adicional de pago de la prima por fallecimiento

El presente contrato se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980 de 8 de Octubre, del 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) y por lo convenido en las Condiciones Generales, Especiales y Particulares de la póliza número 75.00744, con fecha de efecto a partir del 1/1/2005.

La Entidad Aseguradora es Seguros Lagun Aro Vida, S.A., con domicilio social en Camino de Capuchinos 6, 2º, Bilbao, Vizcaya, España, (CIF A-20182705 e inscrita en el R.M. de Vizcaya, Tomo BI-186 de Sociedades, Folio 42, Hoja 16.779, Inscripción 1ª).

El Estado miembro a quien corresponde el control y supervisión de la actividad de la propia Entidad Aseguradora es el Estado

Español, y concretamente a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía y Competitividad.

Tomador de la Póliza: Sanitas Sociedad Anónima de Seguros.

1. Garantía asegurada. Fallecimiento por cualquier causa

Seguros Lagun Aro Vida, S.A. se compromete, en caso de fallecimiento del Tomador de la presente póliza de asistencia sanitaria, producido por cualquier causa y en cualquier lugar, a pagar a Sanitas S. A. Seguros la prima correspondiente por los asegurados de dicha póliza correspondientes a los 12 meses siguientes a la fecha de comunicación del fallecimiento.

Para que el Tomador de la presente póliza de asistencia sanitaria tenga cobertura deberá cumplir con los requisitos estipulados en el apartado 2 "Colectivo Asegurado".

Las doce mensualidades consecutivas citadas se empezarán a computar con posterioridad a la fecha de notificación del siniestro.

Sin perjuicio de lo indicado en el párrafo anterior, en el caso de que hubiera recibos no pagados entre la fecha de fallecimiento y la de notificación, Seguros Lagun Aro Vida S.A se hará cargo de los mismos descontando entonces estos importes de la garantía descrita en el párrafo anterior.

2. Colectivo asegurado

Son asegurados de esta póliza los Tomadores de alguna de las pólizas de seguro de enfermedad, siempre que sus respectivas pólizas de seguro se encuentren al corriente de pago y exista en las mismas más de un asegurado o bien, en caso de existir un único asegurado, éste no coincida con el Tomador de la póliza de que se trate.

3. Duración del contrato

La póliza de seguro de la cual el presente certificado forma parte tiene una duración

coincidente con el año natural siendo renovable tácitamente por años naturales sucesivos salvo oposición expresa del Tomador o Asegurador a una de dichas prórrogas en tiempo y forma.

El presente certificado individual de seguro entra en vigor en la fecha de efecto de la póliza colectiva de vida, es decir el 1 de enero de 2005 o bien, en caso de producirse la incorporación de algún asegurado al colectivo asegurado con posterioridad a dicha fecha, la fecha de efecto del presente certificado coincidirá con la de la póliza de enfermedad de las indicadas en la anterior estipulación SEGUNDA de la cual el asegurado sea a su vez Tomador. La fecha de finalización del presente certificado se producirá cuando concorra alguna de las razones para causar baja en el Colectivo asegurado indicadas en la siguiente cláusula Duración del Seguro.

4. Siniestros

En caso de ocurrir algún siniestro deben comunicarlo al teléfono de atención al cliente: 902 10 24 00 debiendo aportar el certificado de defunción del Tomador.

5. Razones para causar baja del grupo asegurado

1. La extinción por cualquier causa de la póliza de seguro de enfermedad de las mencionadas en la anterior cláusula segunda de la cual el asegurado era a su vez Tomador.

2. La extinción por cualquier causa de la póliza de seguro colectiva de vida de la cual el presente Certificado Individual de seguro forma parte.

6. Riesgos excluidos de la cobertura de fallecimiento

Siniestros ocurridos como consecuencia directa o indirecta de la reacción o radiación nuclear o contaminación radioactiva.

7. Instancias de reclamación

En supuesto de litigio, el Tomador del seguro, podrá dirigirse a:

- con carácter interno, y como servicio de atención al cliente, mediante escrito dirigido a:
 - Seguros Lagun Aro, Departamento de Atención al Cliente, Apartado nº 126 F.D. 48080 Bilbao.
- con carácter externo, mediante escrito dirigido a:
 - Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, Comisionado para la Defensa del Asegurado y del Partícipe en Planes de Pensiones, Paseo de la Castellana, 44. 28046 Madrid.
 - a los Juzgados y Tribunales ordinarios.

8. Protección de datos de carácter personal

Sanitas S.A. de Seguros, para la efectividad de la presente póliza colectiva de seguro de vida, comunicará a Seguros Lagun Aro Vida, S.A. los datos personales, incluidos datos de salud, de los asegurados que integren en cada momento el colectivo asegurado, que resulten imprescindibles para el mantenimiento de la relación contractual. En este sentido le informamos que sus datos de carácter personal, recogidos en este momento o que en el futuro se recojan para el mantenimiento y gestión de las relaciones contractuales con Seguros Lagun Aro Vida S.A., serán registrados en un fichero automatizado, titularidad de Seguros Lagun Aro Vida y situado en su Centro de Proceso de Datos de Mondragón, Paseo José María Arizmendiarieta s/n, sobre el cual los afectados podrán ejercitar los derechos de acceso y, en su caso, los derechos de rectificación, cancelación y oposición.

Por su parte, Seguros Lagun Aro Vida, S.A., se compromete a la observancia de las disposiciones contenidas en los artículos 9 y 10 LOPD, obligándose a mantener la confidencialidad de los datos recabados, a

custodiarlos, y a adoptar las medidas de seguridad correspondientes de acuerdo a lo dispuesto por el RD 994/1999, de 11 de junio.

Cobertura de renta

1.OBJETO DE LA COBERTURA DE RENTA

Dentro de los límites y condiciones estipuladas en la Póliza, y previo pago por el Tomador del seguro de la prima correspondiente, SANITAS asume el pago de una indemnización por cada día de internamiento del Asegurado en hospital o clínica si como consecuencia de enfermedad contraída o accidente sufrido durante la vigencia de esta cobertura y cubiertos por la misma, el Asegurado tuviera que ser necesariamente internado en un hospital, para su debido tratamiento médico o quirúrgico, un mínimo de 24 horas, debido a:

- a) Enfermedad del Asegurado que precise asistencia hospitalaria.
- b) Intervención quirúrgica del Asegurado.
- c) Accidente del Asegurado.

La indemnización diaria será la establecida en las Condiciones Particulares y se devengará a partir del primer día del ingreso hospitalario y durante todo el tiempo que el Asegurado figure como ingresado en un hospital o Clínica hasta su alta hospitalaria documentada y con un máximo de 365 días. Si dentro del periodo de doce meses siguientes a una hospitalización del Asegurado por la que se hubiera devengado indemnización, el Asegurado tuviera que ser ingresado nuevamente en el hospital, por la misma causa o causa consecuente o relacionada, el nuevo internamiento será considerado como prolongación del anterior a efectos de cálculo del límite anteriormente fijado de 365 días.

Para los casos en que el Asegurado padeciera varias enfermedades al mismo tiempo, o sobreviniera una nueva enfermedad la indemnización diaria a

satisfacer por parte de SANITAS será la consignada en las correspondientes Condiciones Particulares.

En este último supuesto, SANITAS deberá ser informada por escrito de esta circunstancia. Si esta nueva enfermedad no tuviera relación con el proceso previo, empezará a contar un nuevo plazo desde la fecha en que haya tenido lugar el comienzo de la nueva enfermedad.

2.RIESGOS EXCLUIDOS

Quedan excluidos de la presente cobertura los riesgos siguientes:

2.1. La prestación directa por parte SANITAS de los servicios médicos, hospitalarios y quirúrgicos.

2.2. La indemnización por hospitalización debida a problemas de tipo social. Asimismo se excluye la indemnización por internamiento hospitalario como consecuencia de:

2.3. 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, siempre que fueran conocidos por SANITAS o Asegurado y no declarados.

El Tomador del seguro, en su nombre y en nombre de los beneficiarios y/o cada uno de éstos, 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 aquéllas de carácter recurrente, congénitas, o que precisen o hubieran precisado estudios, pruebas diagnósticas o tratamientos de cualquier índole; o en el momento de la suscripción padecieran síntomas o signos que pudieran considerarse como el inicio de alguna patología.

Manifestándose de esta forma, la afección se considerará como preexistente y/o congénita y, en consecuencia, excluida de las coberturas pactadas en el contrato de seguro. Si hubiera enfermedades preexistentes y/o congénitas, SANITAS se reserva el derecho de aceptar o rechazar la incorporación del solicitante o solicitantes, y en el caso de aceptarlo(s), se incluirá la correspondiente cláusula de exclusión en las Condiciones Particulares de la Póliza en lo que se refiere a la indemnización como consecuencia de 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.

2.4. Todas las 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.

2.5. Enfermedades, accidentes, lesiones, malformaciones o defectos 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.

2.6. Las enfermedades, lesiones, malformaciones o defectos derivados de accidentes laborales, profesionales y en competiciones deportivas, la derivada de la utilización de vehículos a motor cubierta por el Seguro del Automóvil de Suscripción Obligatoria.

2.7. Las enfermedades o lesiones derivadas del 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.

2.8. Las enfermedades o lesiones derivadas de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, SIDA y las enfermedades relacionadas con éste.

2.9. Las enfermedades o lesiones producidas practicando como aficionado deportes de riesgo, como por ejemplo actividades aéreas, pruebas de velocidad o resistencia con vehículos a motor, bobsleigh, submarinismo, escalada, boxeo, toreo, artes marciales, rugby, o cualquier otra actividad de riesgo análogo.

2.10. Enfermedades o procesos de carácter crónico.

2.11. Todos aquellos procedimientos diagnósticos, quirúrgicos o terapéuticos cuya seguridad y eficacia clínicas no estén debidamente contrastadas científicamente o que sean de nueva aparición, no incluidos en expresamente en la presente póliza. Aquellos procedimientos no universalizados ni consolidados en la práctica clínica habitual y los que hayan quedado manifiestamente superados por otros 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.

2.12. La indemnización por servicios o técnicas que consisten en meras actividades de ocio, descanso, confort o deporte, así mismo los tratamientos en balnearios y curas de reposo.

2.13. Las intervenciones, infiltraciones y tratamientos así como cualquier otra intervención que tenga un carácter puramente estético o cosmético. Igualmente queda expresamente excluido, el tratamiento de cualquier tipo de patologías o complicaciones que

podieran manifestarse en un momento posterior y que estén directa y/o principalmente causadas por haberse sometido el asegurado a una intervención, infiltración o tratamiento de los anteriormente señalados de naturaleza puramente estética o cosmética.

2.14. Tratamientos e intervenciones, encaminados a solventar la esterilidad o infertilidad en ambos sexos (fecundación .in vitro., inseminación artificial, etc.) y la interrupción voluntaria del embarazo. Está excluido, asimismo, el estudio, diagnóstico y tratamiento de la impotencia.

2.15. Cualquier proceso que requiera para su tratamiento el uso de la psicología, el psicoanálisis, la hipnosis, la psicoterapia, la narcolepsia, la cura de sueño y la terapia educativa, tal como la educación del lenguaje o la educación especial en enfermos con afectación psíquica.

2.16. La indemnización por hospitalización como consecuencia de técnicas quirúrgicas o tratamientos terapéuticos que usan el láser, salvo las técnicas de fotocoagulación en Oftalmología.

2.17. Exámenes médicos generales de carácter preventivo.

2.18. 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.

2.19. La indemnización por ingreso hospitalario como consecuencia de embarazo, parto y cesárea, junto con sus posibles complicaciones, salvo pacto en contrario incluido en las Condiciones Particulares de la Póliza.

3. PLAZOS DE CARENCIA

Todas las coberturas entrarán en vigor una vez haya tomado efecto la misma en la fecha expresamente indicada en las correspondientes Condiciones Particulares, y transcurridos los siguientes plazos de carencia:

- Para la renta por enfermedad que requiera intervención quirúrgica: 3 meses
- Para la renta por hospitalizaciones sin intervención: 6 meses
- Para la renta por la garantía adicional de parto: 24 meses

4. LIMITACIONES POR PATOLOGÍA

La indemnización máxima para los siguientes casos será:

- Enfermedades mentales o nerviosas: se abonará al Asegurado la indemnización correspondiente a los días que permanezca ingresado, **con un máximo de 20 días por Asegurado y año.**
- Dolencias de columna vertebral: se abonará al Asegurado la indemnización correspondiente a los días que permanezca ingresado, **con un máximo de 30 días por Asegurado y año.**
- Indemnización por parto o cesárea: el Asegurado tendrá derecho a la indemnización **con un máximo de 6 días por Asegurado y año**, si tuviera que permanecer ingresado en hospital o sanatorio.

5. SUPUESTOS ESPECIALES

- **Estancia en U.V.I. o U.C.I.:** En caso de que el Asegurado precise ser ingresado en U.V.I. o U.C.I., percibirá el doble de la suma diaria asegurada contratada mientras permanezca en estas unidades.
- **Ingreso del Asegurado en otra provincia:** Por ingreso del Asegurado en un centro hospitalario situado en una

provincia distinta a la de su domicilio habitual del asegurado consignado en la póliza, percibirá el cincuenta por ciento (50%) más de la suma diaria asegurada contratada mientras permanezca ingresado en dicho centro.

- **Convalecencia:** Por ingreso del Asegurado derivado en una intervención quirúrgica, percibirá el cincuenta por ciento (50%) más de la suma diaria asegurada contratada mientras permanezca ingresado en dicho centro.
- Siempre que se produzca un ingreso hospitalario, **sin que SANITAS asuma bajo la cobertura asegurada por la póliza de Asistencia Sanitaria los gastos derivados de dicha estancia** el asegurado percibirá el doble de la suma diaria asegurada contratada expresamente indicada en las condiciones particulares para esta cobertura.

6. TRAMITACIÓN EN CASO DE SINIESTRO

Para la tramitación del siniestro cubierto deben cumplirse las siguientes normas:

6.1. 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.

6.2. Junto con la comunicación de enfermedad o accidente, el Tomador del Seguro o Asegurado enviará a SANITAS informe médico en el que se especifique/n el/los diagnóstico/s y naturaleza de la/s enfermedad/es, así como el centro

asistencial, fecha de ingreso, duración probable de la hospitalización, siendo indispensable que la parte relativa a la enfermedad sea extendida y firmada por el médico que asista al paciente.

6.3. Una vez finalizada la hospitalización, el Tomador del Seguro o, en su caso, el Asegurado deberá presentar a SANITAS la siguiente documentación:

6.3.1. Impreso de solicitud de indemnización, debidamente cumplimentado y desglosado, en donde se refleje:

a) La persona a la que se ha realizado la asistencia hospitalaria.

b) La naturaleza del acto o actos médicos realizados y sus fechas.

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

A falta del mencionado impreso, el aviso de siniestro podrá facilitarse a SANITAS mediante escrito en el que consten los datos anteriormente especificados.

6.3.2. Prescripciones médicas originales de los servicios hospitalarios prestados al Asegurado.

6.3.3. Informe de alta hospitalaria donde figuren la fecha de ingreso y la fecha de alta hospitalaria, así como la información sobre el proceso de la enfermedad y su evolución.

6.4. Cuando se requiera continuidad asistencial, el Tomador del Seguro o, en su caso, el Asegurado deberá presentar a SANITAS, además del impreso de solicitud de indemnización y las prescripciones médicas, tal y como se describe en los anteriores apartados de la presente cláusula, informe médico en el que se indique la necesidad de dicha continuidad asistencial.

6.5. El Asegurado deberá, además, seguir fielmente todas las prescripciones del

médico encargado de la curación y deberá dar a SANITAS, toda clase de información sobre las circunstancias o consecuencias del siniestro.

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

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

Serán por cuenta del Asegurado, en su caso, los gastos derivados de la traducción al idioma español de los oportunos documentos (facturas, informes, etc.), redactados en otras lenguas.

7.FORMA DE PAGO DE LOS SINIESTROS

Las cantidades debidas por SANITAS en virtud de esta cobertura se harán efectivas al Beneficiario una vez recibida toda la documentación requerida y efectuadas todas las comprobaciones oportunas por parte de SANITAS, para establecer la existencia del siniestro.

SANITAS efectuará dentro de los 40 días, a partir de la recepción de la declaración del siniestro, el pago del importe mínimo de los que SANITAS pueda deber según las circunstancias por él conocidas (artículo 18 de la Ley de Contrato de Seguro).

SANITAS pagará la indemnización según lo previsto en las condiciones anteriores. Si en el plazo de tres meses desde la producción del siniestro SANITAS no hubiere indemnizado su importe por causa no justificada o que le fuere imputable, la indemnización 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).

En el supuesto de que por demora de SANITAS en el pago del importe de la indemnización devenida inatacable el Asegurado se viera obligado a reclamarlo judicialmente, la indemnización correspondiente se verá incrementada con el interés previsto en el párrafo anterior, más los gastos del proceso, conforme al artículo 38, párrafo 9 de la Ley de Contrato de Seguro.

Después de la comunicación de cada siniestro, haya o no dado lugar a pago de indemnización, las partes podrán rescindir el contrato. La parte que tome la decisión de rescindir, deberá notificarlo a la otra por escrito dentro del plazo de 30 días desde la fecha de comunicación del siniestro, si no hubiere lugar a indemnización, o desde la liquidación, si hubiere lugar a ella, debiendo efectuarse la notificación con una anticipación mínima de 15 días a la fecha en que la rescisión haya de surtir efecto.

Si la iniciativa de rescindir el contrato es del Tomador del Seguro, quedarán a favor de SANITAS las primas del período en curso, y si fuere de SANITAS, éste deberá de reintegrar al Tomador la parte de prima correspondiente al tiempo que medie entre la fecha de efecto de la rescisión y la de expiración del período del seguro cubierto por la prima satisfecha.

8.DURACIÓN

8.1. El Asegurado o Asegurados causarán automáticamente baja en el seguro al finalizar la anualidad del seguro en que cada Asegurado cumpla 65 años de edad, salvo pacto en contrario.

8.2. Tan sólo podrán incluirse en concepto de Asegurados en la presente cobertura

quienes a la fecha de inclusión, tengan una edad comprendida entre los 0 y los 75 años.

8.3. Las coberturas contratadas no tomarán efecto mientras no haya sido satisfecho el primer recibo de prima.

Ámbito geográfico

Las coberturas de la presente garantía surtirán efecto en TODO EL MUNDO, siempre que el Asegurado tenga su residencia habitual fijada en España, no obstante lo cual, las indemnizaciones serán hechas efectivas en España, y en euros.

Se exceptúan los accidentes o enfermedades contraídas en países y/o regiones inexploradas.

9. CONTROVERSIAS

9.1. En caso de desacuerdo sobre la naturaleza de la enfermedad y/o el importe de la indemnización, cada parte designará un Perito, debiendo constar por escrito la aceptación de éstos. Si una de las partes no hubiera hecho la designación, estará obligada a realizarla en los ocho días siguientes a la fecha en que sea requerida por la que hubiere designado el suyo, y de no hacerlo en este último plazo se entenderá que acepta el dictamen que emita el Perito de la otra parte, quedando vinculada por el mismo.

9.2. En caso de que los Peritos lleguen a un acuerdo, se reflejará en un acta conjunta, en la que se harán constar las causas del siniestro, la valoración de los daños y las demás circunstancias que influyan en la determinación del importe del siniestro.

9.3. Cuando no haya acuerdo entre los Peritos, ambas partes designarán un tercer Perito de conformidad y, de no existir ésta, la designación se hará por el Juez de Primera Instancia en acto de jurisdicción voluntaria y por los trámites previstos para la insaculación de Peritos en la Ley de Enjuiciamiento Civil. En este caso el dictamen pericial se emitirá en el plazo señalado por las partes o, en su defecto, en

el de treinta días a partir de la aceptación de su nombramiento por el Perito tercero.

9.4. El dictamen de los peritos, por unanimidad o por mayoría, se notificará a las partes de manera inmediata y en forma indubitada, siendo vinculante para éstas, salvo que se impugne judicialmente por alguna de las partes, dentro del plazo de treinta días, en el caso de SANITAS, y de ciento ochenta en el del Asegurado, computados ambos desde la fecha de su notificación. Si no se ejercitase en dichos plazos la correspondiente acción, el dictamen devendrá inatacable.

9.5. Si el dictamen de los Peritos no fuera impugnado, SANITAS deberá abonar el importe de la indemnización señalado por los Peritos en un plazo de cinco días.

9.6. En el supuesto de que por demora de SANITAS en el pago del importe de la indemnización devenida inatacable el Asegurado se viere obligado a reclamarlo judicialmente, la indemnización correspondiente se verá incrementada con el interés anual legalmente establecido que, en este caso, empezará a devengarse desde que la valoración devino inatacable para SANITAS y, en todo caso, con el importe de los gastos originados al Asegurado por el proceso, a cuya indemnización hará expresa condena la sentencia, cualquiera que fuere el procedimiento judicial aplicable.

Cada parte satisfará los honorarios de su Perito. Los del Perito tercero y demás gastos que ocasione la tasación pericial serán de cuenta y cargo por mitad del Asegurado y de SANITAS.

No obstante, si cualquiera de las partes hubiera hecho necesaria la peritación por haber mantenido una valoración manifiestamente desproporcionada, será ella la única responsable de dichos gastos.

Cláusula III: Coberturas excluidas

Quedan excluidas de la cobertura de esta póliza, sin perjuicio de cualquier otra exclusión debidamente resaltada que figure en el condicionado de esta póliza, las asistencias sanitarias derivadas de los riesgos indicados a continuación:

A. Toda clase de enfermedades, lesiones, dolencias, defectos constitucionales o congénitos, deformaciones, estado o situación médica (como embarazo o gestación) preexistentes a la fecha de alta de cada Asegurado en la póliza y/o los que sean consecuencia de accidentes o enfermedades y sus secuelas que sean de origen anterior a la fecha de inclusión de cada Asegurado en la póliza.

El Tomador del seguro, en su nombre y en el de los asegurados, debe hacer constar en el cuestionario de salud incluido en la solicitud de seguro, cualquier tipo de lesión, patología congénita, enfermedades, pruebas diagnósticas, tratamientos y la sintomatología que pudiera considerarse como el inicio de alguna patología. En caso de ocultación, quedará excluida cualquier cobertura asegurada que guarde relación directa o indirecta con la declaración no realizada. SANITAS valorará la información facilitada por el Tomador y en base a la misma podrá aceptar o rechazar la contratación del seguro o bien aceptarlo excluyendo determinadas coberturas aseguradas.

B. La asistencia sanitaria relacionada con enfermedades, accidentes, lesiones, malformaciones o defectos:

- Producidos como consecuencia de guerras civiles, internacionales, actos de carácter terrorista en cualquiera de sus formas (química, biológica, nuclear, etc.), revoluciones y maniobras militares, aún en tiempo de paz, y epidemias declaradas oficialmente.

- Que guarden relación directa o indirecta con radiación nuclear o contaminación radiactiva, así como los que provengan de fenómenos naturales como terremotos, inundaciones, erupciones volcánicas y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos.
- Los derivados de accidentes laborales y profesionales.
- Los derivados de la utilización de vehículos a motor que sean objeto de cobertura por el Seguro del Automóvil de Suscripción Obligatoria.
- Los producidos practicando el Asegurado, como aficionado, deportes de riesgo, como por ejemplo actividades aéreas, pruebas de velocidad con vehículos a motor, submarinismo, escalada, boxeo, toreo, artes marciales, rugby, o cualquier otra actividad de riesgo análogo, así como los derivados de las competiciones deportivas.

C. La asistencia sanitaria prestada en centros o servicios de la Seguridad Social o integrados en el Sistema Nacional de Salud. Queda igualmente excluida la Asistencia sanitaria Transfronteriza.

D. La hospitalización por problemas de tipo social.

E. La asistencia médica y/u hospitalaria prestada al Asegurado por personas que se encuentren ligadas con el Tomador del Seguro o con el Asegurado por relación conyugal o de parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad o de afinidad, inclusive.

F. La asistencia sanitaria derivada de alcoholismo crónico, drogadicción, intoxicaciones debidas al abuso del alcohol, de psicofármacos, estupefacientes o alucinógenos, intento de suicidio y autolesiones, de enfermedades o accidentes sufridos por culpa grave o negligencia del Asegurado, de la infección por el Virus de la

Inmunodeficiencia Humana, SIDA y las enfermedades relacionadas con éste.

G. Todos los procedimientos diagnósticos, quirúrgicos o terapéuticos cuya **seguridad y eficacia clínicas** no estén debidamente contrastadas científicamente o que sean de **aparición nueva, posterior a la firma de la presente póliza**; los procedimientos **no universalizados, ni consolidados en la práctica clínica habitual**, los que hayan quedado **manifiestamente superados** por otros disponibles y los procedimientos de **carácter experimental** o que **no tengan suficientemente probada su contribución eficaz** a la prevención, tratamiento o curación de las enfermedades.

Se considera, a efectos de la presente póliza, que un procedimiento diagnóstico, quirúrgico o terapéutico es seguro y eficaz cuando está aprobado por la Agencia Europea del Medicamento y/o la Agencia Española del Medicamentos y Productos Sanitarios. Asimismo, se considera que un procedimiento se encuentra universalizado y consolidado cuando el mismo se realiza en la práctica clínica habitual en al menos nueve Comunidades Autónomas Españolas de forma generalizada en sus centros hospitalarios públicos, no solo en Hospitales de Referencia.

H. Cualquier tipo de servicio relacionado con:

- **Patologías o tratamientos no cubiertos, así como complicaciones que se deriven de éstos.**
- **El diagnóstico específico y tratamientos, inclusive la cirugía, encaminados a solventar la esterilidad o infertilidad en ambos sexos (fecundación in vitro, inseminación artificial, etc.), o de la impotencia y la disfunción eréctil, incluida la cirugía de cambio de sexo.**
- **La interrupción voluntaria del embarazo.**

- **Los trasplantes de órganos, tejidos, células o componentes celulares, excepto el trasplante autólogo tanto de médula ósea como de células progenitoras de sangre periférica por tumores de estirpe hematológica, y el trasplante de córnea.**
- **Cualquier intervención quirúrgica sobre el no nacido.**
- **Cualquier técnica quirúrgica que utilice equipos de cirugía robótica.**
- **Las determinaciones del mapa genético, que tienen como finalidad conocer la predisposición del Asegurado o de su ascendencia o descendencia presente o futura a padecer todas las enfermedades relacionadas con alteraciones genéticas. También quedan expresamente excluidos los mapas genéticos de tumores y la farmacogenética.**
- **Las prótesis y material implantable salvo los contemplados en el correspondiente apartado de las presentes condiciones generales. Quedan excluidos entre otros cualquier prótesis externa, cualquier tipo de material ortopédico, fijadores externos, materiales biológicos o sintéticos, injertos, endoprótesis aórticas, conductos valvulados, bombas implantables para infusión de medicamentos, electrodos de estimulación medular, desfibriladores y el corazón artificial.**
- **Las intervenciones, infiltraciones y tratamientos así como cualquier otra intervención que tenga un carácter puramente estético o cosmético. En cirugías de mama solo se cubren las ocasionadas por enfermedad tumoral, quedando expresamente excluidas las cirugías con carácter profiláctico, hipertrofias mamarias y ginecomastias. Igualmente queda expresamente excluido el tratamiento de cualquier tipo de patologías o complicaciones**

que pudieran manifestarse en un momento posterior y que estén directa y/o principalmente causadas por haberse sometido el asegurado a una intervención, infiltración o tratamiento de los anteriormente señalados de naturaleza puramente estética o cosmética.

- Tratamientos con plasma rico en plaquetas o en factores de crecimiento.
- La terapia educativa, educación del lenguaje en procesos sin patología orgánica o la educación especial para enfermos con afección psíquica.
- Reconocimientos médicos generales de carácter preventivo, salvo las coberturas mencionadas en las presentes Condiciones Generales.
- Medicinas alternativas, naturopatía, homeopatía, acupuntura, mesoterapia, hidroterapia, magnetoterapia, presoterapia, ozonoterapia, etc.
- Servicios o técnicas que consisten en meras actividades de ocio, descanso, confort o deporte, así como los tratamientos en balnearios y curas de reposo.

I. Todas las técnicas quirúrgicas o procedimientos terapéuticos que usan el láser salvo:

- La fotocoagulación oftálmica.
- Tratamientos de hemorroides.
- Cirugía vascular periférica con patología (no estética).
- Otorrinolaringología.
- En fisioterapia músculo-esquelética.

J. Los gastos por viaje y desplazamiento salvo los contemplados en el apartado de ambulancias de estas Condiciones Generales.

K. Los siguientes productos farmacéuticos:

- Los que sean administrados al paciente fuera del régimen de hospitalización, o en Hospitalización de día salvo la quimioterapia administrada vía parenteral por un profesional sanitario en centros concertados. Las vacunas y autovacunas de todo tipo; medicación en ventiloterapia y aerosolterapia así como productos de parafarmacia.
- Los medicamentos no comercializados en España.
- Las terapias avanzadas (medicamentos de uso humano basado en genes, células y terapia celular y que incluyen productos de origen autólogo, alogénico o xenogénico).

L. Quedan excluidos los partos en medio acuáticos, a domicilio y por medios alternativos.

Cláusula IV: Periodos de carencia

Todas las prestaciones que en virtud de esta Póliza asuma SANITAS, en la modalidad de cuadro médico, 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:

Los plazos de carencia anteriormente citados no serán exigibles en el caso de accidentes o enfermedades que tengan carácter de urgencia vital, sobrevenidas y diagnosticadas después de la fecha de entrada en vigor de la póliza o de la fecha de alta del asegurado/beneficiario en la misma, y siempre que se trate de una asistencia objeto de cobertura asegurada, así como en los casos de partos prematuros (menos de 37 semanas).

Plazos de Carencia para la modalidad de Cuadro Médico:

- **Vasectomía y ligadura de trompas:** 6 meses
- **Psicología:** 6 meses
- **Parto o cesárea:** 10 meses

Plazos de Carencia para la modalidad de Reembolso:

- **Vasectomía y ligadura de trompas:** 6 meses
- **Parto o cesárea:** 10 meses
- **Para los servicios de fisioterapia, rehabilitación, láser, logofoniatría, anatomía patológica:** 3 meses
- **Para los servicios de radioterapia, quimioterapia, cobaltoterapia, isótopos radiactivos, acelerador lineal, scanner, resonancia magnética, medicina nuclear, densitometría ósea, litotricia, arteriografía digital, radioneurocirugía e hipertermia prostática:** 5 meses
- **Hospitalización e intervenciones quirúrgicas no ambulatorias o en régimen de hospitalización:** 3 meses

Cláusula V: Forma de prestar los servicios

1. A través del cuadro médico concertado

La asistencia se prestará de conformidad con la normativa sanitaria que resulte de aplicación por profesionales con suficiente titulación para cada servicio específico pertenecientes al cuadro médico concertado correspondiente a este producto asegurador. Cuando en la población donde se encuentre el asegurado no exista alguno de los servicios que son objeto de cobertura por esta póliza, serán facilitados en la provincia donde los mismos puedan realizarse, a elección del Asegurado.

Al recibir los servicios que procedan, el Asegurado deberá exhibir la tarjeta SANITAS. Igualmente el Asegurado estará obligado a exhibir su Documento Nacional de Identidad, si le fuese requerido. Cada vez que el asegurado reciba un servicio cubierto por la póliza, abonará en concepto de participación en el coste de dicho servicio, la cantidad que figure en las Condiciones Particulares.

SANITAS está obligada a prestar cobertura aseguradora en los términos establecidos en la póliza no quedando vinculada por las decisiones que puedan adoptar profesionales pertenecientes o no a su cuadro médico y que nos sean objeto de dicha cobertura asegurada.

La asistencia puede llevarse a cabo de diferentes maneras, dependiendo del servicio a prestar:

1.1 Libre acceso.

Los Asegurados podrán acudir libremente a las consultas de los facultativos especialistas, de medicina familiar y pediatría, así como a los centros de urgencias que forman parte del cuadro médico concertado con SANITAS para este producto. Consulte en la guía Orientadora de Médicos y Servicios aquellos especialistas para los que es necesario prescripción/autorización.

1.2 Prescripción previa para la realización del servicio.

Las pruebas diagnósticas, métodos terapéuticos y determinados servicios asistenciales requerirán prescripción escrita de un médico concertado de SANITAS para su realización.

En particular, las consultas de Psicología deben ser prescritas por un Psiquiatra, Médico de Familia, Oncólogo o Pediatra.

1.3 Prescripción y autorización previa para la realización del servicio.

Con carácter general, para intervenciones quirúrgicas, hospitalizaciones y médicos consultores será necesaria la previa autorización expresa de SANITAS tras la prescripción escrita de los facultativos de la Entidad. Dicha autorización será igualmente necesaria para determinados métodos terapéuticos, pruebas diagnósticas y otros servicios asistenciales siempre que así se indique en el condicionado de la póliza. El volante de autorización carecerá de validez si en el momento de la realización del servicio, el asegurado no cumple con todos los requisitos establecidos en el Condicionado de su Póliza de seguro para contar con plena cobertura aseguradora en relación con el servicio que es objeto de dicha autorización (Por ejemplo no estar al corriente en el pago de la prima, enfermedad preexistente no declarada, etc.).

1.4 Autorización previa para la realización del servicio por profesionales expresamente acreditados.

Aquellas intervenciones quirúrgicas que se efectúen por vía laparoscópica o vía artroscópica así como las intervenciones con técnica de radiofrecuencia y láser, tendrán que ser realizadas por los profesionales específicamente concertados y acreditados por SANITAS para realizar esas técnicas quirúrgicas concretas.

1.5 Autorización previa y designación expresa del facultativo.

En particular, para las intervenciones quirúrgicas de alta complejidad, indicadas a

continuación: neurocirugía, cirugía cardiaca, cirugía bariátrica y cirugía de columna, cirugías que requieran equipamientos robóticos, de navegación asistida o cualquier otra tecnología de implantación restringida, que sean objeto de cobertura por esta póliza, SANITAS designará, 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.

1.6 Servicios al Domicilio del Asegurado.

SANITAS se obliga a prestar los servicios a domicilio en aquellas poblaciones en las que SANITAS tenga concertado la prestación de dicho servicio. **Cualquier cambio de domicilio del asegurado deberá de ser notificado de manera fehaciente** con una antelación mínima de ocho días al requerimiento de cualquier servicio.

Los servicios prestados en el domicilio del Asegurado son los relativos a las especialidades de Medicina Familiar, Pediatría, Urgencias, Enfermería, Atención Especial a Domicilio, Ambulancia y Terapias Respiratorias. Todos ellos requieren prescripción de un médico salvo Medicina Familiar y Pediatría. SANITAS se reserva el derecho a no prestar dicho servicio cuando bajo criterios médicos no lo considere necesario.

En particular, los tratamientos de las terapias respiratorias deben ser prescritos por un neumólogo concertado con SANITAS. En todos los tratamientos crónicos el Asegurado deberá renovar la prescripción del neumólogo y la autorización del servicio por parte de SANITAS **cada mes**.

1.7 Asistencia en caso de desplazamiento temporal a Cantabria y Navarra.

En caso de desplazamiento temporal del asegurado a las Comunidades Autónomas citadas el servicio objeto de cobertura se prestará a través de los cuadros médicos de las Entidades expresamente concertadas con SANITAS para tal efecto. El Asegurado deberá presentar su tarjeta SANITAS en la

Oficina de las Entidades concertadas aceptando los trámites administrativos de dichas Entidades.

1.8 Urgencias.

Según dispone el artículo 103 de la Ley de Contrato de Seguro, SANITAS asume las necesarias asistencias de carácter **urgente** de acuerdo con lo previsto en las Condiciones de la Póliza y que en todo caso serán prestadas a través de los medios concertados por SANITAS específicamente indicados en la Guía Orientadora de Médicos y Servicios para este producto.

En los casos de **urgencia vital siempre que el asegurado se vea obligado a ingresar en centro ajeno al cuadro médico**, deberá notificarse **fehacientemente a SANITAS dicho** ingreso con la máxima celeridad posible para que ésta pueda realizar el traslado del asegurado a un centro concertado siempre que su situación clínica lo permita.

1.9 Asistencia en medios no concertados con SANITAS.

Sin perjuicio de lo indicado en el apartado anterior para los casos de urgencia vital, SANITAS no se hace responsable de los honorarios de facultativos ajenos a su cuadro médico, ni de los gastos de internamiento y de servicios que dichos facultativos ajenos pudieran ordenar. Asimismo, SANITAS no asume bajo la modalidad de cuadro médico concertado que es objeto de aseguramiento por esta póliza los gastos originados en centros privados o públicos no concertados para este producto, cualquiera que sea el facultativo prescriptor o realizador de los mismos.

2. A través de la modalidad de reembolso de gastos

Las prestaciones médicas que son objeto de cobertura por esta póliza bajo la modalidad de cuadro médico concertado y dentro de sus mismos límites y exclusiones podrán ser cubiertas bajo la

modalidad de reembolso. El reembolso por parte de SANITAS de los gastos correspondientes a las prestaciones medicas aseguradas ya indicadas se realizará de acuerdo con los porcentajes de reembolso y límites específicos de capital asegurado para cada garantía contratada, según se especifica en las Condiciones Particulares de la presente póliza y siguiendo las normas de tramitación de reembolsos establecidas en este Condicionado General.

En caso de utilizar la modalidad de reembolso de gastos no será necesario que la prescripción y realización de los servicios asistenciales sea realizada por un facultativo perteneciente al cuadro médico concertado por SANITAS.

A) Límites de capital asegurado

1.- Asistencia sanitaria hospitalaria:

Con el mismo alcance de cobertura asegurada que el correspondiente a la modalidad de cuadro médico concertado, SANITAS asumirá hasta los límites y sublímites de capital asegurado establecidos en las Condiciones Particulares de la Póliza, los gastos originados por ingresos médicos, intervenciones quirúrgicas, partos o cesáreas: honorarios de cirujanos y sus ayudantes, matronas, anestesistas, 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.

Las intervenciones quirúrgicas realizadas al mismo Asegurado el mismo día, por el mismo profesional, se considerarán una única intervención a efectos de la aplicación del límite de capital asegurado correspondiente.

Los importes reflejados en las facturas por utilización de técnicas quirúrgicas específicas, (robótica, láser etc..) se incluirán en el límite correspondiente a honorarios de cirujanos y ayudantes.

El asegurado podrá hacer uso de manera simultánea de las modalidades de cuadro

médico y reembolso en relación a un mismo ingreso hospitalario, debiendo cumplir en todo caso con la normativa relativa a cada una de dichas modalidades asistenciales y siempre que SANITAS haya autorizado previamente dicha utilización conjunta.

2.- Asistencia sanitaria sin hospitalización:

Con el mismo alcance de cobertura asegurada que el correspondiente a la modalidad de cuadro médico concertado, SANITAS asumirá hasta los límites y sublímites de capital asegurado establecidos en las Condiciones Particulares de la Póliza los gastos correspondientes a:

- **Consultas médicas.**
- **Servicios de urgencias a domicilio.**
- **Pruebas diagnósticas.**
- **Métodos terapéuticos.**
- **Cirugía de día o ambulatoria.**
- **Servicio de ambulancia por vía terrestre**

B) Porcentaje de reembolso

Con carácter general, SANITAS reembolsará únicamente el porcentaje indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza, del importe de los gastos médicos y/u hospitalarios en los que incurra realmente el Asegurado como consecuencia de la asistencia en las garantías contratadas incluidas en la cobertura de esta póliza, siendo la diferencia porcentual restante a cargo del propio Asegurado.

En el caso de que el Asegurado utilice los servicios garantizados en España concertados por SANITAS, el Tomador del Seguro o Asegurado no tendrán que hacer efectivo el pago por dichos servicios, corriendo la totalidad de los gastos médicos y/u hospitalarios directamente por cuenta y a cargo de SANITAS. Para ello, el Asegurado deberá proceder conforme se indica en la presente cláusula.

C) Procedimiento para el reembolso de gastos

Para la tramitación del reembolso de gastos objeto de cobertura por esta póliza debe de cumplirse con lo indicado a continuación:

C.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 (7) días de haberlo conocido, salvo que se haya fijado un plazo mas amplio.

En el caso de intervención quirúrgica o internamiento hospitalario programado, deberá de comunicar dicha circunstancia a SANITAS, desde el momento en 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 maximo de (7) días de haberlo conocido.

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

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

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

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

C.6. El Tomador del Seguro o, en su caso, el Asegurado deberá presentar a SANITAS la siguiente documentación:

- Solicitud de reembolso, debidamente cumplimentada.
- Justificantes o facturas de los gastos realmente incurridos por el Asegurado, debidamente desglosados, por cada uno de los conceptos incluidos en las facturas en donde se reflejen:

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

b) La naturaleza de los actos médicos realizados (consulta, pruebas diagnósticas, métodos terapéuticos, intervenciones quirúrgicas, etc.) y sus fechas 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).

- Justificación o acreditación del pago de las facturas por parte del Asegurado.
- Prescripciones médicas 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.
- Informe médico 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 cinco apartados anteriores será considerado como renuncia expresa al cobro del reembolso, salvo que no haya sido posible cumplirlas por causas de Fuerza Mayor.

El Tomador o el Asegurado conservarán los originales de los documentos indicados en este apartado durante el plazo de cinco años contados desde la fecha de pago por SANITAS del reembolso solicitado y los pondrá a disposición de ésta cuando se los requiera a efectos de facilitar el cumplimiento de sus obligaciones.

D) Abono de las cantidades objeto de reembolso:

El Tomador o el Asegurado deberán solicitar el reembolso de los gastos médicos y/u hospitalarios que le correspondan en virtud de la presente póliza en el plazo de 90 días desde la fecha en la que haya recibido la asistencia sanitaria correspondiente.

Una vez recibida toda la documentación requerida, y efectuadas las comprobaciones oportunas para establecer la existencia del siniestro, SANITAS reembolsará o consignará la cantidad garantizada.

En el caso de que la asistencia médica y/u hospitalaria se lleve a cabo en el extranjero, la valoración de los gastos o de la cantidad a rembolsar por SANITAS se realizará en euros al cambio oficial comprador del mercado de divisas que, en la fecha de abono por el Tomador del Seguro o Asegurado de la factura de gastos médicos y/u hospitalarios de cuyo reembolso se trate, tuviere la moneda en que dicho Tomador del Seguro o Asegurado hubiere efectuado el pago por la asistencia recibida. Los gastos derivados de la traducción al idioma español de los oportunos documentos (facturas, informes, etc.) redactados en otras lenguas, correrán a cargo del Asegurado.

Cláusula VI: Otros aspectos de su seguro

1. Bases y pérdida de derechos del contrato

1.1. El presente contrato ha sido concertado sobre las bases de las **declaraciones efectuadas por el Tomador del Seguro y el Asegurado en el cuestionario de salud contenido en la Solicitud del Seguro, donde se le realizan preguntas relativas a su estado de salud, profesión, prácticas de deporte del Asegurado y en general aquellos hábitos de vida que puedan tener relevancia para una correcta valoración del riesgo que es objeto de aseguramiento por esta póliza siendo esencial que el Tomador/Asegurado facilite una información veraz y completa sobre las cuestiones planteadas al constituir éstas la base para la aceptación del riesgo del presente contrato, del cual la citada Solicitud de Seguro forma parte integrante.**

1.2. El Tomador del seguro tiene el deber, antes de la conclusión del contrato, de declarar a SANITAS, de acuerdo con el cuestionario que ésta le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. Quedará exonerado de tal deber si SANITAS no le somete cuestionario o cuando, aun sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él.

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

Si el siniestro sobreviene antes de que SANITAS haga la declaración a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de ésta se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la

verdadera entidad del riesgo. Si medió dolo o culpa grave del Tomador del Seguro quedará SANITAS liberada del pago de la prestación (Art. 10 de la Ley de Contrato de Seguro).

1.3. Sin perjuicio de lo anterior, el Asegurado pierde también el derecho a la prestación garantizada, si el siniestro sobreviene antes de que se haya pagado la prima, (o, en su caso la prima única) salvo pacto en contrario (Art. 15 de la Ley del Contrato del Seguro).

1.4. El Tomador podrá rescindir el contrato cuando se varíe el cuadro facultativo, siempre que afecte al 50% de los especialistas que integren el cuadro médico nacional de SANITAS, quien tendrá a disposición del Asegurado en todo momento en sus oficinas la relación completa y actualizada de dichos especialistas, para su consulta.

1.5. En el supuesto de indicación inexacta de la fecha de nacimiento del Asegurado, SANITAS 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.

1.6. Contratación a distancia del Seguro: De conformidad con el artículo 10 de la Ley 22/2007, de 11 de julio de Comercialización a Distancia de Servicios Financieros, el Tomador dispondrá de un plazo de catorce días naturales para desistir del contrato a distancia, sin indicación de los motivos y sin penalización alguna.

El plazo para ejercer el derecho de desistimiento empezará a correr desde el día de la celebración del Contrato de Seguro. No obstante, si el Tomador no hubiera recibido el Condicionado de la Póliza y la nota informativa previa a la contratación del Seguro el plazo para ejercer el derecho de desistimiento comenzará a contar el día en que reciba la citada información.

2. Duración del seguro

2.1. La fecha de extinción del Contrato de Seguro será la establecida en sus Condiciones Particulares y, a su vencimiento,

de conformidad con el artículo 22 de la Ley de Contrato de Seguro, se prorrogará tácitamente por periodos de una anualidad. 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.

2.2. En el caso de que la póliza del Seguro sea resuelta por voluntad unilateral de SANITAS, no podrá suspender la prestación de la garantía cuando el Asegurado se halle en tratamiento en régimen hospitalario, hasta el alta hospitalaria, salvo renuncia del Asegurado a continuar el tratamiento.

En caso de que la póliza del Seguro sea resuelta por parte del Asegurado, las coberturas cesarán en todo caso en la fecha de vencimiento establecida en las Condiciones Particulares de la póliza, sin que resulte de aplicación lo establecido en el párrafo anterior. Por tanto si el Asegurado se encontrará recibiendo algún tipo de prestación asegurada en el momento del vencimiento de la póliza, la cobertura asegurada de SANITAS cesará en la citada fecha de vencimiento sin tener obligación de asumir ningún coste a partir de dicha fecha, incluso aunque sea derivado de un siniestro ocurrido durante la vigencia del Seguro.

2.3. Respecto a cada Asegurado, el Seguro se extingue:

a) Por fallecimiento.

b) Por traslado de residencia al extranjero o por no residir un mínimo de seis (6) meses al año en territorio nacional. La prima corresponderá a SANITAS hasta la fecha en la que el Asegurado comunique y acredite dicha circunstancia.

2.4. 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.

3. Primas del seguro

3.1. El Tomador del Seguro está obligado al pago de la prima en el momento de la aceptación del contrato. Las coberturas contratadas no tomarán efecto mientras no se haya satisfecho el primer recibo de prima.

3.2. La primera prima será exigible, una vez firmado el contrato. Las primas sucesivas serán exigibles en sus respectivas fechas de vencimiento.

3.3. El Tomador del Seguro puede solicitar el fraccionamiento de pago de las primas anuales en periodos semestrales, trimestrales o mensuales.

En estos casos se aplicará el recargo que corresponda. El fraccionamiento de la prima no exime al Tomador de su obligación de abonar la prima anual completa.

3.4. Si por culpa del Tomador, la primera prima no ha sido pagada, SANITAS 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, SANITAS quedará liberada de su obligación, salvo pacto en contrario debidamente reflejado en las Condiciones Particulares de la Póliza.

En caso de impago de la segunda o sucesivas primas, o sus fraccionamientos, la cobertura de SANITAS queda suspendida un mes después del día del vencimiento.

Si SANITAS no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes a dicho vencimiento, se entenderá que el contrato queda extinguido.

Si el contrato no se resuelve o extingue conforme a las condiciones anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas siguientes al día en el

que el Tomador se pusiera al corriente en el pago de la prima o en su caso fracciones de la misma, adeudadas.

El Tomador del Seguro perderá el derecho al fraccionamiento de la prima que se hubiere convenido en caso de impago de cualquier recibo, siendo exigible desde ese momento la prima total acordada para el periodo de Seguro que reste.

En el caso de primas fraccionadas, si ocurriere algún siniestro, SANITAS podrá deducir de las cantidades a pagar o rembolsar al Tomador del Seguro o al Asegurado, las fracciones de prima del Seguro de la anualidad en curso que aún no se hubiesen cobrado por SANITAS.

3.5. En caso de estipularse por las partes la aplicación de copagos a determinadas prestaciones aseguradas por esta póliza, los importes correspondientes a dichos copagos serán los específicamente establecidos en las Condiciones Particulares de la Póliza. Su importe se fijará anualmente por SANITAS. Lo establecido en la presente Cláusula para el caso de falta de pago de la segunda y sucesivas primas o fracciones de ella, será de aplicación en caso de impago del importe del copago.

3.6. Salvo que en las Condiciones Particulares se especifique otra cosa, el lugar de pago de la prima y copagos en su caso, será el que figure en la domiciliación bancaria.

Con este fin, el Tomador del Seguro entregará a SANITAS los datos de la cuenta bancaria en la que se domiciliará el pago de los recibos de este Seguro y autorizará a la entidad financiera a hacerlos efectivos.

3.7. SANITAS sólo queda obligada por los recibos librados por la Dirección o por sus representantes legalmente autorizados.

3.8. En cada renovación del Contrato el Asegurador 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, la zona geográfica correspondiente al lugar de prestación de los servicios, aplicando las tarifas establecidas por SANITAS 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.

3.9. El Tomador del Seguro, recibida, en su caso, la comunicación de SANITAS relativa a la **variación de la cuantía de las primas para la siguiente anualidad, podrá optar entre la prórroga del Contrato de Seguro o la extinción del mismo al vencimiento del periodo del Seguro en curso.**

En este último caso, el Tomador del Seguro deberá notificar por escrito a SANITAS su voluntad de dar por finalizada a su término la relación contractual, con al menos un mes de antelación a la fecha de vencimiento del periodo del Seguro en curso.

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

4. Altas de recién nacidos

Si la asistencia de la madre 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 desde la fecha del nacimiento o cuando el alta del padre como asegurado en la póliza haya tomado efecto con al menos 240 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 de nacimiento, mediante la cumplimentación de una Solicitud de Seguro.

En todo caso, **SANITAS únicamente cubrirá la asistencia sanitaria al recién nacido siempre y cuando esté dado de alta como Asegurado en SANITAS.** Si el alta del recién nacido se comunica con posterioridad al plazo indicado o sin cumplir con todos los requisitos indicados en el párrafo anterior, SANITAS en virtud de la información facilitada por el Tomador en la Solicitud de Seguro, podrá rechazar la admisión del recién nacido como asegurado.

5. Aportación de informes

El Tomador y Asegurado tienen la obligación de facilitar a SANITAS, en aquellos casos que lo requiera expresamente, los informes médicos y /o presupuestos del prestador que permitan a aquélla determinar si la prestación asistencial requerida es objeto de cobertura por la póliza. SANITAS no tendrá que garantizar la prestación solicitada, mientras no le sean facilitados los citados informes y presupuestos en los casos en que así haya sido expresamente requerido al Asegurado.

6. Reclamaciones

6.1. 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.

6.2. 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).

7. Otros aspectos legales a tener en cuenta

7.1. Subrogación

Una vez asumido el pago de la prestación garantizada SANITAS podrá ejercer los derechos y acciones que, debido al siniestro causado, correspondan al Asegurado frente a las personas responsables del mismo, hasta el límite de la indemnización pagada.

El Asegurado está obligado a suscribir a favor de SANITAS los documentos necesarios para facilitar la subrogación.

7.2. Comunicaciones.

7.2.1. Las comunicaciones a SANITAS por parte del Tomador del Seguro, del Asegurado o Beneficiario **se realizarán en el domicilio social de aquella señalado en la Póliza.**

7.2.2. 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.

7.3. 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.

8. Otros

El Tomador del Seguro y/o el Asegurado autorizan a SANITAS 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 SANITAS copia o transcripción escrita del contenido de las conversaciones grabadas entre ambos.

9. 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