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.

N.I.F. A-28037042

ÍNDICE

Condiciones generales

Cláusula preliminar....6

Glosario de términos....7

Cláusula I: Objeto del seguro....13

Cláusula II: Coberturas....13

COBERTURAS PRINCIPALES DE LA PÓLIZA....13

1. Asistencia primaria....13

1.1. Medicina Familiar....13

1.2. Pediatría y Puericultura....14

1.3. Servicio de Enfermería....14

2. Urgencias....14

Sanitas 24 horas....14

3. Especialidades médicas....14

3.1. Alergología....14

3.2. Análisis Clínicos....14

3.2.1. Estudios Genéticos....14

3.3. Anatomía Patológica....15

3.4. Anestesiología....16

3.5. Angiología y Cirugía Vascular....16

3.6. Aparato Digestivo....16

3.7. Cardiología....16

3.8. Cirugía Cardiovascular....16

3.9. Cirugía General y del Aparato Digestivo....17

3.10. Cirugía Maxilofacial....17

3.11. Cirugía Ortopédica y Traumatológica....17

3.12. Cirugía Pediátrica....17

3.13. Cirugía Reparadora....17

3.14. Cirugía Torácica....17

3.15. Dermatología....17

3.16. Endocrinología....17

3.17. Geriatría....17
3.18. Hematología y Hemoterapia....17
3.19. Medicina Interna....18
3.20. Medicina Nuclear....18
3.21. Nefrología....19
3.22. Neumología....19
3.23. Neurocirugía....19
3.24. Neurofisiología Clínica....19
3.25. Neurología....19
3.26. Obstetricia y Ginecología....19
3.26.1. Cirugía de la Mama....20
3.26.2. Asistencia de Neonatología....21
3.26.3. Asistencia al recién nacido....21
3.27. Oftalmología....21
3.28. Oncología Médica....21
3.29. Otorrinolaringología....22
3.30. Psiquiatría....22
3.31. Radiodiagnóstico-Diagnóstico por Imagen....22
3.32. Radioterapia....22
3.33. Rehabilitación....23
3.34. Reumatología....23
3.35. Urología....23

4. Otros servicios asistenciales....23
4.1. Ambulancia....23
4.2. Atención Especial en Domicilio....24
4.3. Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matronas)....24
4.4. Fisioterapia....24
4.5. Logopedia y foniatría....24
4.6. Nutrición....25
4.7. Odontología....25
4.8. Podología (exclusivamente Quiropodia)....25
4.9. Prótesis....25
4.10. Programa Materno Infantil....26
4.11. Psicología....26
4.12. Terapias respiratorias domiciliarias....26

5. Asistencia hospitalaria....27

6. Medicina preventiva....27

COBERTURAS ADICIONALES DE LA PÓLIZA....28

Cobertura de asistencia de urgencias en el extranjero....29

Cobertura de desempleo....31
Cobertura de farmacia....35
Cobertura de pago de la prima por fallecimiento....35
Cobertura de subsidio por hospitalización....37
Cobertura en Estados Unidos....38
Cobertura segunda opinión médica....38
Sanitas Dental Reembolso....38
Blua....39
COBERTURAS COMPLEMENTARIAS DE LA PÓLIZA....43
Clínica Universidad de Navarra Con Copago....44
Complemento Digital Bluau....45
Cláusula III: Coberturas excluidas....52
Cláusula IV: Periodos de carencia....57
Cláusula V: Forma de prestar los servicios....58
Cláusula VI: Otros aspectos del seguro....65
1. Bases y pérdida de derechos del contrato....65
2. Edad máxima de contratación....66
3. Duración del seguro....66
4. Primas del seguro....66
5. Altas de recién nacidos....68
6. Aportación de informes....68
7. Reclamaciones....68
8. Otros aspectos legales a tener en cuenta....69
9. Cláusula de protección de datos....70
10. Jurisdicción....78
11. Prevención del blanqueo de capitales y de la financiación del terrorismo....78
12. Cómo contactar con nosotros....78

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, por la normativa sobre distribución de seguros, 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 Premium 500.000** 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 que debe realizar de forma veraz y completa y firmar 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 la firma del cuestionario de salud.

PRESTACIÓN
Aceptación del pago del servicio asistencial 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.

SOBREPRIMA
Es una prima complementaria que se establece, mediante pacto expreso reflejado en las Condiciones Particulares de la póliza, con el fin de asumir un riesgo adicional que no sería objeto de cobertura asegurada si no existiera dicho pacto.

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 EN RÉGIMEN DE INGRESO
Es la asistencia prestada en un centro médico u hospitalario en régimen de internamiento, con registro de entrada y permanencia del Asegurado como paciente, con una pernocta al menos, para el tratamiento médico, diagnóstico, quirúrgico o terapéutico del mismo.

ASISTENCIA EXTRAHOSPITALARIA
Asistencia realizada sin ingreso hospitalario o pernocta, incluye tanto las asistencias ambulatorias como las realizadas en Hosp. De Día. No significa que la asistencia en un centro hospitalario.

ASISTENCIA SANITARIA EN RÉGIMEN DE HOSPITAL DE DÍA
Es la asistencia médica, diagnóstica, quirúrgica o terapéutica prestada en un centro médico u hospitalario que requiere cuidados poco intensivos y de corta duración por lo que no precisa que el paciente pernocte en el centro.

En caso de un tratamiento quirúrgico en régimen de hospital de día, este tratamiento se realiza en quirófano, con anestesia general, local, regional o sedación, que requiere de cuidados postoperatorios poco intensivos y de corta duración por lo que no precisa la pernocta del paciente en el centro.

ASISTENCIA AMBULATORIA / EN RÉGIMEN AMBULANTE
Es la asistencia médica, diagnóstica, quirúrgica o terapéutica prestada en el hospital que no suponga hospitalización en régimen de ingreso u hospital de día.

En caso de un tratamiento quirúrgico en régimen ambulante, éste se realiza en consulta, sobre tejidos superficiales y precisa generalmente anestesia local.

ASISTENCIA POR MOTIVOS DE TIPO SOCIAL
El ingreso médico se convierte en ingreso social cuando un paciente con deterioro funcional o afectado por procesos crónicos

y/o patologías asociadas al envejecimiento ha superado la fase aguda de su enfermedad, y precisa cuidados sanitarios pero no en régimen de ingreso hospitalario.

CITOSTÁTICO
Medicamento citotóxico que se emplea en quimioterapia oncológica y que es capaz de detener el desarrollo del cáncer actuando directamente sobre la integridad de las cadenas de ácido desoxirribonucleico (ADN) y la mitosis celular, inhibiendo la multiplicación celular normal, tanto de las células sanas como de las tumorales. Son un conjunto de sustancias heterogéneas que se emplean en el tratamiento antineoplásico.

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

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

ENFERMERO
Diplomado Universitario en Enfermería, 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.

ENFERMEDAD O PROCESO AGUDO
Es aquella enfermedad/proceso que presenta una evolución hasta 3 meses desde la fecha de inicio de los síntomas.

ENFERMEDAD O PROCESO CRÓNICO
Es aquella enfermedad/proceso que presenta una evolución mayor o igual a 6 meses desde el inicio de los síntomas.

FÓRMULA MAGISTRAL
La fórmula magistral es el medicamento destinado a un paciente individualizado, preparado por un farmacéutico, o bajo su dirección, y que es dispensado tanto en las oficinas de farmacia como en los servicios farmacéuticos hospitalarios. Este tipo de medicamento debe estar prescrito por un profesional sanitario que debe detallar los principios activos que incluye.

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.

Los centros, servicios y establecimientos, de cualquier titularidad, autorizados por las administraciones sanitarias de las comunidades autónomas y ciudades con Estatuto de Autonomía aparecen recogidos en el **Registro General de centros, servicios y establecimientos sanitarios,** del Ministerio de Sanidad. En caso de centros, servicios y establecimientos, de cualquier titularidad fuera del territorio nacional deben aparecer acreditados como establecimiento sanitario según la legislación de cada país.

INTERVENCIÓN

Acción de someter a una persona con una enfermedad, al control o examen necesario, con las pruebas pertinentes, ya sean con efectos de diagnóstico o terapéutico, referentes a los síntomas o alteraciones referidos en la consulta del profesional sanitario. Existen diferentes tipos de intervenciones: quirúrgicas, terapéuticas, diagnósticas. Deben ser efectuadas en todo caso 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 externas de cualquier naturaleza utilizadas para prevenir o corregir las deformidades del cuerpo, como por ejemplo corsés, arneses o muletas.

MEDICAMENTO

Toda sustancia o combinación de sustancias que se presente como poseedora de propiedades para el tratamiento o prevención de enfermedades en seres humanos, o que pueda usarse, o administrarse a seres humanos con el fin de restaurar, corregir o modificar las funciones fisiológicas ejerciendo una acción farmacológica, inmunológica o metabólica, o de establecer un diagnóstico médico.

La cobertura por parte de la aseguradora estará supeditada a la prescripción de la terapia más eficiente disponible en el momento, por principio activo y utilizando siempre el fármaco genérico o biosimilar si este estuviera autorizado por la Agencia Española del Medicamento y comercializado en España.

MÉDICO

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

MÉTODO TERAPÉUTICO COMPLEJO

Se define como método terapéutico complejo todo aquel que precisa para su realización un medio sanitario u hospitalario con equipamiento tecnológico, sala y/o profesional sanitario especializados.

Asimismo, en los invasivos la infraestructura sanitaria donde es llevado a cabo debe contar con personal y equipamiento suficientes para hacer frente a cualquier complicación que pueda sufrir el paciente como consecuencia directa o indirecta del mismo.

Indicar a título de ejemplo que estarían comprendidos todos los procedimientos de litotricia, radioterapia, quimioterapia, radiología intervencionista, hemodinamia, endoscopia, aquellos procedimientos

cubiertos que precisen láser, ondas de choque, rehabilitación de suelo pélvico.

MÉTODOS TERAPEUTICOS COMPLEJOS EN CONSULTA

Se define como método complejo en consulta aquel método terapéutico complejo que realiza el propio médico/ profesional sanitario responsable de la atención al paciente en el mismo acto de la consulta para el tratamiento de su patología. Indicar a título de ejemplo que estarían incluidos entre otros los siguientes métodos: los procedimientos de rehabilitación del lenguaje y/o logopedia, electrocoagulación de lesiones en dermatología, sondaje y cateterismo lacrimal, cuerpo extraño extraído en consulta en otorrinolaringología, controles terapéuticos en consulta de alergia, infiltraciones articulares realizadas en consulta,…

MÉTODO TERAPÉUTICO SIMPLE

Se define como método terapéutico simple toda aquel prescrito por un médico del cuadro durante el acto de la consulta y para cuya realización no se precisa de un equipo de alta complejidad ni de personal médico, es realizado por personal sanitario no médico. Dentro de este epígrafe estarían incluidos las curas, los inyectables, algunos tipos de fisioterapia,...

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 las prótesis articulares, lentes intraoculares, reservorios de medicamentos, prótesis vasculares, etc.**

PRUEBA DIAGNÓSTICA BÁSICA

Es aquella prueba fundamental para poder realizar el diagnóstico de una patología, independientemente de que esta prueba sea simple o compleja (ej: sangre oculta en heces, citología ginecológica, colonoscopia,....).

PRUEBA DIAGNÓSTICA COMPLEJA

Se define como prueba diagnóstica compleja toda aquella prueba que precisa para su realización un medio sanitario u hospitalario con equipamiento tecnológico y profesional sanitario especializado y/o para la interpretación de los resultados por su complejidad. Asimismo la infraestructura sanitaria donde es llevada a cabo debe contar con personal y equipamiento suficientes para hacer frente a cualquier complicación que pueda sufrir el paciente como consecuencia directa o indirecta de la realización de dicha prueba. Indicar a título de ejemplo que estarían incluidas todas las pruebas: TAC/TC, resonancia, neurofisiología, medicina nuclear, genética, biología molecular, endoscopia, hemodinamia, radiología intervencionista, etc.

PRUEBAS DIAGNOSTICAS COMPLEJAS EN CONSULTA

Se define como prueba diagnóstica compleja en consulta aquella prueba diagnóstica compleja que realiza el propio médico/ profesional sanitario responsable de la atención al paciente en el mismo acto de la consulta para ayudar a establecer un diagnóstico. Indicar a título de ejemplo que estarían incluidas entre otras las siguientes pruebas: ecografias, eco-doppler, pruebas alergicas en prick (prick test), pruebas de contacto (test del parche/epicutáneas).

PRUEBA DIAGNÓSTICA SIMPLE

Se define como prueba diagnóstica simple toda aquella prueba prescrita por un médico del cuadro durante el acto de la consulta y para cuya realización no se precise de equipo de alta complejidad ni interpretación específica por un especialista. Dentro de este

epígrafe estarían incluidas la analítica simple de sangre y orina y la radiología simple.

PSICOLOGÍA

Disciplina sanitaria que estudia el comportamiento humano y los procesos mentales y que aplica dicho conocimiento para la promoción del bienestar mental, así como para la prevención, evaluación y tratamiento de alteraciones psicológicas, de conformidad con lo establecido por la Organización Mundial de la Salud y la regulación profesional vigente.

RADIOFÁRMACOS

Se trata de medicamentos que incorporan una pequeña cantidad de principio activo, conocido como trazador, marcado con un radionúclido, lo que permite la emisión de una dosis de radiación empleada en procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

RECIÉN NACIDO

Persona en la etapa de la vida que se extiende durante las cuatro primeras semanas desde su nacimiento.

SERVICIOS A DOMICILIO

Visita en el domicilio del Asegurado y a solicitud del Asegurado por parte de médico de familia, pediatra/puericultor o enfermero, en aquellos casos en que el Asegurado se encuentre, por razón de su enfermedad, incapacitado para trasladarse al consultorio, siempre que SANITAS tenga concertada la prestación de este servicio en dicho lugar.

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 enfermero.

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 asociado un compromiso vital o daño irreparable en la integridad física del paciente y que precise una pronta atención sanitaria.

URGENCIA VITAL / EMERGENCIA MÉDICA

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 que pueda suponer la pérdida o deterioro significativo de una función, miembro, órgano del cuerpo de la misma.

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 y una vez firmada la póliza por el Tomador, SANITAS pone a disposición de sus asegurados un amplio cuadro concertado de profesionales, clínicas y hospitales para su asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria **en toda clase de enfermedades o lesiones comprendidas,** 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, así como el pago al cliente en el caso de hacer uso de la modalidad de reembolso siempre que sea objeto de la presente póliza dicha modalidad de aseguramiento. **En todo caso, dichas prestaciones deberán ser realizadas por aquellos profesionales y centros médicos y hospitales que cumplan con todos los requisitos legales para el desarrollo de su actividad profesional en el territorio nacional y dentro de su respectiva especialidad definido según el plan de formación aceptado según el organismo competente en la actividad correspondiente.**

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

Las prestaciones que son objeto de esta póliza están condicionadas al cumplimiento de los periodos de carencia indicados más adelante y siempre y cuando sean patologías posteriores a la contratación de la póliza y no conocidas por el Asegurado o, siendo anteriores y conocidas por el Asegurado, hayan sido declaradas por éste a la Aseguradora sin que la Aseguradora haya excluido las mismas en el momento de la contratación de la póliza.

COBERTURAS PRINCIPALES DE LA PÓLIZA

La acreditación de los actos y servicios correspondientes a una especialidad médica, es decir, los servicios que puede realizar un profesional sanitario de dicha especialidad, está basada en la Clasificación Terminológica y Codificación de Actos y Técnicas Médicas (Nomenclátor) de la Organización Médica Colegial de España.

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 (analítica, radiología convencional,...) 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 (analítica, radiología convencional, …) 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 por el personal de enfermería.

2. Urgencias

Comprende la asistencia sanitaria en casos de urgencia que se prestará en los centros de urgencia permanente que estén concertados con SANITAS e indicados en la Guía Orientadora de Médicos y Servicios correspondiente a este producto.

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

Incluye la determinación de IgE específica en análisis de sangre frente a alérgenos completos (extractos naturales) incluyendo recombinantes. **No es objeto de cobertura el IgG4, el test cualitativo de anticuerpos IgE y el diagnóstico molecular de la alergia (microarrays).**

3.2. Análisis Clínicos

Quedan excluidos los test de disbiosis, test intolerancia alimentaria ALCAT, kit de paneles de anticuerpos de resultado cualitativo y PCR Múltiple.

3.2.1. Estudios Genéticos

La cobertura comprende exclusivamente aquellos estudios genéticos en pacientes afectos o sintomáticos cuya finalidad sea el diagnóstico de una determinada enfermedad que no pueda ser diagnosticada por otros estudios o pruebas complementarias, o aquellos que sean imprescindibles para pautar un tratamiento (salvo los estudios genéticos excluidos expresamente en la Cláusula "Coberturas Excluidas").

También quedan excluidos de cobertura todos aquellos estudios genéticos con bajo rendimiento diagnóstico, es decir cuando la probabilidad de poder diagnosticar la enfermedad aplicando la realización del estudio genéticos sea menor del 10%. Requiere autorización previa de SANITAS tras valoración de informe médico.

Incluye el estudio de los genes BRCA 1 y BRCA 2 o el panel genético de 18 genes para estudio de cáncer hereditario de mama y ovario en sangre periférica en las siguientes indicaciones:

A) Pacientes sin antecedentes personales de cáncer de mama ni de ovario, cuando concurra cualquiera de las siguientes circunstancias:

- Existencia de un familiar de primer grado portador de uno de los genes de predisposición a cáncer de mama u ovario hereditario.
- Existencia de dos o más familiares de primer o segundo grado diagnosticados de cáncer de mama antes de los 50 años.

- Existencia de dos o más familiares de primer o segundo grado diagnosticados de cáncer de ovario, con independencia de la edad al diagnóstico.
- Existencia de dos o más familiares de primer o segundo grado diagnosticados de cáncer de mama antes de los 50 años y de cáncer de ovario.

B) Pacientes con antecedentes personales de cáncer de mama diagnosticado a partir de los 50 años, cuando concurra cualquiera de las siguientes circunstancias:
- Dos o más familiares de primer o segundo grado diagnosticados de cáncer de mama antes de los 50 años.
- Dos o más familiares de primer o segundo grado diagnosticados de cáncer de ovario.
- Dos o más familiares de primer o segundo grado diagnosticados de cáncer de mama antes de los 50 años y de cáncer de ovario.

C) Pacientes mujeres que presenten cualquiera de las siguientes circunstancias:
- Cáncer de mama diagnosticado antes de los 50 años.
- Cáncer de ovario.
- Antecedentes de cáncer de mama y cáncer de ovario.
- Cáncer de mama triple negativo diagnosticado antes de los 60 años.
- Cáncer de mama bilateral.
- Cáncer de mama multicéntrico.

D) Pacientes varones diagnosticados de cáncer de mama, cualquiera que sea la edad al diagnóstico.

E) Paciente con cáncer de ovario.

F) Paciente con cáncer de ovario y cáncer de mama.

Requiere autorización previa de SANITAS tras valoración de informe médico.

Incluye el panel de 24 genes para el estudio de cáncer hereditario colorrectal en sangre periférica exclusivamente en los siguientes supuestos:
- Cáncer de colon< 50 años
- Cáncer de endometrio < 50 años
- Cáncer de tubo digestivo < 50 años
- > 5 pólipos colónicos <45 años
- Antecedentes familiares: 2 o más familiares de primer grado con cáncer digestivo o cáncer endometrial < 50 años
- Antecedentes familiares: 1 o más familiares primer grado con cáncer colon más cáncer endometrial

Requiere autorización previa de SANITAS tras valoración de informe médico.

Incluye el estudio molecular HLA DQ2/DQ8 **exclusivamente para menores de 18 años que cumplan estos tres criterios:**

- **con sospecha clínica fundada**
- **anticuerpos IgA antitranglutaminasa en sangre positivos con valores 10 veces por encima del valor normal**
- **anticuerpos IgA antiendomisio en sangre positivos**

Incluye la determinación mediante biopsia líquida de la mutación T790M de EGFR positivo en pacientes con cáncer de pulmón no microcítico tras progresión.

Requiere autorización previa de SANITAS tras valoración de informe médico.

Queda excluido el tipaje DNA HLA clase I y II, estudio de PCA3, secuenciación genómica, estudio del exoma genético, microarray, farmacogenética (excepto el estudio para la determinación del déficit de dihidropirimidina deshidrogenasa) y terapia génica.

3.3. Anatomía Patológica

Incluye la realización de las siguientes dianas terapéuticas: BRAF, ALK, K-RAS, N-RAS, HER2, EGFR, C-KIT, ROS-1, PDL-1, Inestabilidad de Microsatélites en cáncer de colon, metilación MGMT en tumores cerebrales, PIK3CA, BRCA1 y BRCA2 somático en cáncer de ovario 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. Estos criterios se aplican igualmente en la especialidad de estudios genéticos.

3.4. Anestesiología

3.5. Angiología y Cirugía Vascular

3.6. Aparato Digestivo

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 polipectomia convencional y que se plantea el tratamiento quirúrgico.** Requiere autorización previa de SANITAS tras valoración de informe médico.

Incluye la realización de Entero-resonancia.

Incluye el tratamiento con radiofrecuencia del esófago de Barret **en displasias leves extensas de más de 5cm y displasias moderadas o de alto grado.**

Requiere autorización previa de SANITAS tras valoración de informe médico.

Incluye la Colangiopancreatoscopia Avanzada Peroral para el tratamiento de los cálculos biliares complejos y las estenosis biliares indeterminadas . Requiere autorización previa de SANITAS tras valoración de informe médico.

Se excluye el tratamiento de balón intragástrico y cualquier tratamiento endoscópico de obesidad.

3.7. Cardiología

Incluye la resonancia cardiaca de estrés así como el medicamento necesario para la realización de esta prueba.

Se cubren para el tratamiento de las arritmias cardiacas **exclusivamente las técnicas de radiofrecuencia y crioablación cardiaca.** Se incluye la navegación cardiaca tridimensional en electrofisiología cardiaca **exclusivamente para las siguientes indicaciones: fibrilación auricular, arritmias en cardiopatía congénita, arritmias ventriculares hereditarias y taquicardias ventriculares relacionadas con cicatriz de etiología isquémica.**

Incluye en hemodinamia cardiaca el IVUS, la OCT cardiaca, las guías de presión y los sistemas de ablación rotacional y litotricia intracoronaria para el tratamiento de placa coronaria calcificada. Requiere autorización previa de SANITAS tras valoración de informe médico.

Quedan excluidas las técnicas por vía percutánea o transapical para el recambio o reparación de válvulas cardíacas excepto cuando concurran de forma conjunta los siguientes requisitos:

- Que el Asegurado presente una estenosis aórtica severa.
- Que, de acuerdo con la valoración clínica, presente un alto riesgo quirúrgico o exista una contraindicación para la cirugía convencional a corazón abierto. En cuyo caso, Sanitas asumirá exclusivamente el coste del procedimiento de sustitución valvular aórtica por vía percutánea (TAVI), siendo por cuenta del Asegurado el coste de la válvula cardíaca implantada.

Requiere autorización previa de SANITAS tras valoración de informe médico.

Queda excluido el hólter implantable subcutáneo.

3.8. Cirugía Cardiovascular

Quedan excluidas las técnicas por vía percutánea o transapical para el recambio o reparación de válvulas cardíacas, excepto cuando concurran de forma conjunta los siguientes requisitos:

- Que el Asegurado presente una estenosis aórtica severa.
- Que, de acuerdo con la valoración clínica, presente un alto riesgo quirúrgico o exista una contraindicación para la cirugía convencional a corazón abierto. En cuyo caso, Sanitas asumirá exclusivamente el coste del procedimiento de sustitución valvular aórtica por vía percutánea (TAVI), siendo por cuenta del Asegurado el coste de la válvula cardíaca implantada.

Requiere autorización previa de SANITAS tras valoración de informe médico.

3.9. Cirugía General y del Aparato Digestivo

Incluye la cirugía por vía laparoscópica. En el tratamiento de hemorroides se incluyen las técnicas de extirpación y láser, así como la esclerosis con el uso de bandas elásticas, **siendo estas últimas a cuenta del Asegurado**.

La cobertura de cirugía bariátrica para el tratamiento de la obesidad mórbida está **supeditada al protocolo multidisciplinar establecido por SANITAS y se realizará únicamente en los centros concertados para tal fin.**

Queda excluida la laparoscopia 3D, la cirugía metabólica en diabetes, la cirugía del lipedema y cualquier cirugía de componente estético.

3.10. Cirugía Maxilofacial

Comprende el diagnóstico y tratamiento quirúrgico de las enfermedades y traumatismos que involucren exclusivamente a la mandíbula y maxilar superior.

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. Quedan excluidas las cirugías de rinoseptoplastia.

3.11. Cirugía Ortopédica y Traumatológica

Incluye la cirugía por vía artroscópica. Incluye la cirugía con asistencia de neuronavegación quirúrgica exclusivamente para las cirugías de columna con 4 o más niveles afectos.

Queda excluida la cirugía endoscópica de columna.

3.12. Cirugía Pediátrica

Se cubre en idénticos términos y condiciones que la cirugía de adultos.

3.13. Cirugía Reparadora

Incluye la reconstrucción de la mama afectada tras mastectomía y la remodelación de la mama sana contralateral, esta última con un **límite máximo de un año** después de la cirugía oncológica.

Requiere autorización previa de SANITAS tras valoración de informe médico.

Las técnicas contempladas en la remodelación de la mama sana contralateral son exclusivamente: reducción mamaria y mastopexia.

Quedan excluidas las cirugías de rinoseptoplastia y la cirugía del lipedema.

3.14. Cirugía Torácica

Incluye un programa intensivo de fisioterapia respiratoria postoperatoria durante el ingreso tras cirugía torácica que cubre **hasta un máximo de 5 sesiones**.

Incluye el tratamiento de hiperhidrosis únicamente si se realiza mediante cirugía.

Requiere autorización previa de SANITAS tras valoración de informe médico.

3.15. Dermatología

Incluye el tratamiento de hiperhidrosis únicamente si se realiza mediante cirugía.

3.16. Endocrinología

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.**

El estudio del inmunofenotipo leucocitario sólo queda cubierto en estudio de leucemias y linfomas.

3.19. Medicina Interna

3.20. Medicina Nuclear

Los medios de contraste son por cuenta de SANITAS.

Incluye la tomografía por emisión de positrones (PET), sola o combinada con la tomografía computarizada (PET-TC) **exclusivamente cuando se utilicen los radiotrazadores 18F-FDG, Colina y PSMA en los supuestos indicados a continuación y siempre que se realice con una finalidad exclusivamente diagnóstica,** requiriendo en todos los casos de autorización previa de SANITAS tras valoración de informe médico.

Indicaciones en cobertura para 18F-FDG:

A) Oncología:

A.1.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

A.2. 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 > 1,5 mm o metástasis en nódulos linfáticos en el diagnóstico inicial

A.3. Monitorización de la respuesta al tratamiento:
- Linfoma maligno
- Tumores de cabeza y cuello

A.4. Detección en caso de sospecha razonable de recidiva en procesos oncológicos:
- 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

B) para las siguientes indicaciones no oncológicas (autorizadas por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios en la ficha técnica de 18-fludesoxiglucosa (18 FDG)):

B.1- Cardiología
- Evaluación de la viabilidad miocárdica en pacientes con disfunción grave del ventrículo izquierdo y que son candidatos arevascularización, sólo cuando las técnicas de imagen convencionales no son concluyentes.

B.2- Neurología
- Localización de focos epileptógenos en la valoración prequirúrgica de la epilepsia temporal parcial.

B.3- Enfermedades infecciosas o inflamatorias
- Localización de focos anómalos para orientar el diagnóstico etiológico en caso de fiebre idiopática.

- Diagnóstico de infección en caso de:
  - Presunta infección crónica de huesos o de las estructuras adyacentes: osteomielitis,espondilitis, discitis u osteítis, incluso cuando existen implantes metálicos
  - Pacientes diabéticos con un pie indicativo de neuroartropatía de Charcot,osteomielitis o una infección de tejidos blandos
  - Prótesis de cadera dolorosa
  - Prótesis vascular

- Detección de focos metastásicos sépticos en caso de bacteriemia o endocarditis

- Detección de la extensión de la inflamación en caso de:
  - Sarcoidosis
  - Enfermedad intestinal inflamatoria
  - Vasculitis que afecta a los grandes vasos

- Seguimiento del tratamiento:
  - Equinococosis alveolar irresecable, en la detección de focos activos del parásito durante el tratamiento médico y tras la suspensión del tratamiento.

Incluye la realización de PET RM 18-FDG **exclusivamente para procesos oncológicos.**

Indicaciones en cobertura para Colina:

A. Estadificación inicial del cáncer de próstata en pacientes de alto riesgo, de acuerdo con las guías clínicas.
B. Localización de recidivas locales, regionales o metastásicas en el caso de un aumento de la concentración sérica del antígeno prostático específico (PSA).
C. Adenoma de paratiroides previo a la realización de cirugía o cuando otras pruebas diagnósticas no son concluyentes.
D. Adenocarcinoma de paratiroides.

Indicaciones en cobertura para PSMA:

A. Estadificación inicial de pacientes con cáncer de próstata de alto riesgo antes de la terapia curativa inicial.
B. Sospecha de recidiva de cáncer de próstata en pacientes con niveles crecientes de antígeno prostático específico (PSA) en suero con resto de pruebas negativas después de la terapia curativa inicial.

Incluye el uso de los siguientes radiofármacos para las indicaciones que se detallan a continuación: **ioduro de sodio (131I) para el tratamiento del hipertiroidismo y cáncer de tiroides, y citrato de itrio (90Y) para la sinoviortesis radioisotópica.**

3.21. Nefrología

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

3.22. Neumología

Incluye la ecobroncoscopia en las siguientes indicaciones:
- TBNA (aspiración con aguja transbronquial guiada por ultrasonido endobronquial) negativa
- la estadificación de un mediastino radiológicamente normal en cáncer de pulmón sospechado o confirmado
- la re-estadificación tras quimioterapia de inducción
- el diagnóstico de masas mediastinales, hiliares peribronquiales, paratraqueales o intrapulmonares

Requiere autorización previa de SANITAS tras valoración de informe médico.

3.23. Neurocirugía

Incluye la cirugía con asistencia de neuronavegación quirúrgica **exclusivamente** para los procesos intracraneales y cirugías de columna con 4 o más niveles afectos, y la monitorización electrofisiológica.

Queda excluida la cirugía endoscópica de columna.

3.24. Neurofisiología Clínica

3.25. Neurología

3.26. Obstetricia y Ginecología

Incluye las intervenciones ginecológicas por vía laparoscópica.

Incluye para el diagnóstico de la infertilidad y esterilidad **exclusivamente las siguientes pruebas: determinaciones analíticas hormonales basales (excepto hormona antimulleriana), ecografía, histerosalpingografía e histeroscopia, solamente hasta el diagnóstico, es decir,**

una vez empiece el tratamiento no se cubrirá ningún servicio más relacionado con el mismo.

Incluye también planificación familiar: ligadura de trompas, implantación del DIU (**siendo el dispositivo por cuenta del Asegurado** independientemente de la finalidad terapéutica del mismo) y el seguimiento del tratamiento con anovulatorios.

Incluye las siguientes pruebas genéticas:
- Cariotipo
- factor V Leiden y mutación 20210 del gen de la protrombina, precisando estas dos determinaciones autorización previa de SANITAS tras valoración de informe médico, siendo objeto de cobertura cuando hay antecedentes personales de abortos de repetición y/o de procesos tromboembólicos.

Cualquier otra prueba genética distinta de las ya mencionadas, estará excluida.

Incluye la realización de tomosíntesis de mama así como el uso de plataformas genómicas para el pronóstico del cáncer de mama (ONCOTYPE, MAMMAPRINT, PROSIGNA) prescritas por un especialista del cuadro médico y siempre que sea preciso para el tratamiento de conformidad con las recomendaciones establecidas respectivamente por cada una de las plataformas genómicas ya indicadas. Requiere autorización previa de SANITAS tras valoración de informe médico.

Incluye el estudio del DNA circulante en plasma materno (test de cribado prenatal no invasivo) para el cribado de trisomías fetales (13, 18, 21 y cromosomas sexuales) cuando el índice de riesgo del cribado combinado del primer trimestre esté entre 1/50 y 1/250 y la gestante se encuentre entre la 10ª y 18ª semana de gestación. Requiere autorización previa de SANITAS tras valoración de informe médico.

Incluye el cribado de preeclampsia exclusivamente en primer trimestre.

Incluye rehabilitación de suelo pélvico **exclusivamente para mujeres con incontinencia urinaria moderada-severa derivada de un parto, con un límite máximo de 1 año después del parto para cualquier asegurada cuyo parto estaría cubierto por su póliza aunque por decisión de la propia asegurada decida dar a luz sin hacer uso de dicha cobertura**. Se cubre **hasta un máximo de 10 sesiones por parto. Se incluyen 5 sesiones de rehabilitación de suelo pélvico tras la realización de una cirugía específica de incontinencia realizada en SANITAS.** Requiere autorización previa de SANITAS tras valoración de informe médico.

La Asegurada también podrá acceder al plan de recuperación del suelo pélvico a través del programa telefónico (917 522 904), proporcionado exclusivamente por nuestra plataforma telefónica especializada Sanitas Responde, formada por un equipo multidisciplinar, para recuperar el tono muscular apropiado y prevenir o tratar disfunciones o patologías secundarias.

3.26.1. Cirugía de la Mama

La cirugía de mama está en cobertura en las siguientes situaciones:
- Procesos tumorales benignos. **Excluye la reconstrucción mamaria.**
- Procesos tumorales malignos: incluye la cirugía en la mama afectada. Incluye la reconstrucción mamaria posterior y la remodelación de la mama sana contralateral, esta última con **un límite máximo de un año** después de la cirugía oncológica, si es considerada como opción terapéutica mediante informe médico.
- Personas no afectas de cáncer de mama en las que la cirugía profiláctica de mama se considera una opción terapéutica tras el resultado de BRCA1 y BRCA2. Incluye la reconstrucción mamaria posterior.

Requiere autorización previa de SANITAS tras valoración de informe médico.

Las técnicas de reconstrucción contempladas en la cobertura son exclusivamente: **reconstrucción mamaria con expansores y prótesis, reconstrucción con colgajo músculo-cutáneo de dorsal ancho, reconstrucción DIEP y reconstrucción TRAM.**

Las técnicas contempladas en la remodelación de la mama sana contralateral son exclusivamente: reducción mamaria y mastopexia.

3.26.2. 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.**

3.26.3. 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.**

Cualquier gasto derivado de la gestación por sustitución (gestación subrogada), tanto de la madre como del recién nacido, no es objeto de cobertura por la Póliza.

3.27. Oftalmología

Incluye la fotocoagulación por láser **exclusivamente para retinopatías isquémicas, edema macular, glaucoma y lesiones periféricas retinianas (agujeros o desgarros); el cross linking corneal para el tratamiento del queratocono; y la cirugía para el trasplante de córnea** siendo la córnea a trasplantar por cuenta de SANITAS.

Queda excluida la ortóptica, la pleóptica y la cirugía refractiva de cualquier tipo (para miopía, hipermetropía, presbicia y astigmatismo).

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.

Incluye los medicamentos específicamente citostáticos, **cuya comercialización se encuentre autorizada en el mercado nacional y siempre que se empleen en aquellos tratamientos para los que se encuentre expresamente indicado de conformidad con la ficha técnica del producto y cuya administración sea por vía parenteral, en tantos ciclos como sea necesario, o mediante instilación vesical.**

Incluye la quimioterapia intraperitoneal, **en el caso de carcinomatosis peritoneal por tumores de ovario o de origen digestivo; y la quimioterapia intratecal en el caso de linfomas de alto grado o carcinomatosis meníngea.**

Incluye también los medicamentos sin efecto antitumoral **que se administren de forma simultánea junto a los citostáticos durante la sesión de quimioterapia, para evitar sus efectos adversos o secundarios.**

Incluye el estudio para descartar déficit de dihidropirimidina deshidrogenasa en pacientes candidatos a tratamiento con dihidropirimidina por vía parenteral.

Quedan expresamente excluidos de cobertura asegurada los tratamientos experimentales, los de uso compasivo, la terapia hormonal, los inmunoestimulantes, los inmunosupresores, la terapia génica y los realizados para indicaciones no recogidas en la ficha técnica del medicamento.

3.29. Otorrinolaringología

Incluye la cirugía mediante láser CO2 y radiofrecuencia.

Queda excluido el coste de los implantes cocleares así como todas las consultas y pruebas diagnósticas pre y postquirúrgicas para el ajuste del dispositivo. Se excluye cualquier rinoplastia excepto la secundaria a traumatismo o cirugía previa no estética, que siempre deberá ser realizada previa valoración por informe médico, por un médico de esta especialidad.

3.30. Psiquiatría

Se cubre la Asistencia Sanitaria Hospitalaria para el tratamiento de brotes agudos o reagudizaciones de procesos crónicos y la Asistencia Sanitaria en Régimen de Hospital de Día para el tratamiento de trastornos de la conducta alimentaria, trastornos psicóticos, trastorno límite de la personalidad, depresión grave.

Se cubre hasta **un máximo de 60 días asegurado/ año.** A efectos del cómputo de dicho límite, se computarán conjuntamente los días de Asistencia Sanitaria con Hospitalización en Régimen de Ingreso y los días de tratamiento en Régimen de Hospital de Día.

3.31. Radiodiagnóstico-Diagnóstico por Imagen

Comprende las técnicas habituales de diagnóstico. SANITAS asumirá el coste de los medios de contraste **únicamente en Tomografía Computarizada (TAC/TC), Resonancia Magnética (RM), Radiología Intervencionista y ecografia renal para menores de 18 años**.

También incluye:

A) La colonografía realizada mediante 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.

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

Requiere autorización previa de SANITAS tras valoración de informe médico.

B) La coronariografía por TC.

Queda excluida la valoración del score cálcico.

3.32. Radioterapia

Es objeto de cobertura la radioterapia exclusivamente para procesos oncológicos **y únicamente a través de las siguientes técnicas: radioterapia de intensidad modulada (IMRT), radioterapia externa conformacional 3D, radioterapia estereotáxica cerebral y corporal (IGRT/SBRT), radioterapia intraoperatoria y braquiterapia.**

Incluye también la radiocirugía estereotáxica para el tratamiento de procesos oncológicos, tumores cerebrales, malformaciones arteriovenosas cerebrales y como último escalón terapéutico en la neuralgia de trigémino.

Precisa autorización previa y por escrito de SANITAS tras valoración con informe médico facilitado por el Asegurado.

Se excluye la protonterapia y neutronterapia. También se excluye la radioembolización con esferas.

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 Resonancia Magnética Multiparamétrica de próstata.

Incluye la Biopsia por fusión de próstata **exclusivamente cuando tras la realización de una RM multiparamétrica el resultado es PIRADS 3, PIRADS 4 o PIRADS 5.**

Requiere autorización previa de SANITAS tras valoración de informe médico.

Incluye la fotovaporización y enucleación de próstata con láser.

Incluye la litotricia endoureteral y vesical con láser.

Incluye el laser percutaneo **para cálculos renales de más de 2 cm.** Requiere autorización previa de SANITAS tras valoración de informe médico.

Se incluyen 5 sesiones de rehabilitación de suelo pélvico tras la realización de una cirugía específica de incontinencia realizada en SANITAS. Requiere autorización previa de SANITAS tras valoración de informe médico.

Incluye para el diagnóstico de infertilidad y esterilidad **exclusivamente las siguientes pruebas: determinaciones hormonales basales, seminograma básico y cultivos bacteriológicos de semen. Solamente hasta el diagnóstico, es decir, una vez empiece el tratamiento no se cubrirá ningún servicio más relacionado con el mismo.**

Se cubre la cirugía robótica con robot multiportal en pacientes afectos de cáncer de próstata o cáncer de riñón, realizadas en el centro concertado designado y previamente autorizado por SANITAS para dicha prestación, previo abono por el Asegurado del importe del pago establecido en sus Condiciones Particulares.

Queda excluida la crioterapia prostática, electroporación irreversible y otras técnicas focales.

4. Otros servicios asistenciales

En el caso de que estos servicios sean prestados por profesionales sanitarios, estos deberán de estar correctamente titulados y colegiados.

4.1. Ambulancia

Serán objeto de cobertura los traslados realizados en ambulancia, desde el lugar donde se encuentre el asegurado hasta aquél hospital donde va a ingresar en régimen de hospitalización o acuda por urgencia y bajo la cobertura de SANITAS. Quedan igualmente cubiertos los traslados de retorno del asegurado desde el Hospital hasta su domicilio, así como los producidos entre centros hospitalarios del cuadro médico de SANITAS debido a que los recursos asistenciales en el hospital donde se encuentre el Asegurado no son los que su atención medica requiere. Igualmente quedan cubiertos los traslados para tratamientos de quimioterapia y radioterapia en Hospital de Día. En todos estos supuestos el servicio se prestará por vía terrestre, dentro de territorio nacional, a través de los medios concertados por SANITAS y siempre que el estado físico del asegurado impida su traslado por otro medio ordinario (taxi, vehículo particular, etc.) y sea autorizado a través del servicio telefónico 24 horas de SANITAS.

Esta prestación no incluye los traslados requeridos para la realización de tratamientos de fisioterapia, pruebas diagnósticas, ni para asistencia a consultas, ni en general cualquier otro no contemplado en el párrafo anterior. Están por tanto excluidos de cobertura los

servicios prestados por proveedores no concertados o por el Servicio público de salud dependiente de la Comunidad Autónoma o de la Administración Central.

4.2. Atención Especial en Domicilio

Se llevará a cabo por equipos sanitarios, cuando la patología del enfermo requiera cuidados especiales sin llegar a precisar ingreso hospitalario ni equipamiento especializado, siempre previa prescripción del médico y tras valoración con informe médico facilitado por el Asegurado. La medicación, el material y el equipamiento siempre será por cuenta del Asegurado. **No comprende la asistencia a problemas de tipo social.**

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**, considerando como tales exclusivamente aquellas estructuras del cuerpo humano que realizan la función de locomoción o desplazamiento, no aquellas por tanto como la articulación temporo-mandibular o la pared/musculatura abdominal que no realizan dicha función, y siempre que no se trate de un proceso crónico o degenerativo, hasta la mayor recuperación funcional posible del paciente, determinada por su médico rehabilitador.

Incluye terapia con ondas de choque para **lesiones osteotendinosas crónicas del aparato locomotor con un límite de 5 sesiones por articulación/año.**

Requiere autorización previa de SANITAS tras valoración de informe médico.

En régimen de ingreso hospitalario se prestará **sólo y exclusivamente para la recuperación del aparato locomotor secundaria a una cirugía ortopédica, para la recuperación inmediata tras una cirugía torácica, un infarto agudo de miocardio o una cirugía con circulación extracorpórea.**

También incluye el drenaje linfático tras cirugía por proceso oncológico. Requiere autorización previa de SANITAS tras valoración de informe médico.

Incluye la rehabilitación de suelo pélvico **exclusivamente con los criterios recogidos en el apartado de Obstetricia y Ginecología y de Urología.**

Quedan excluidos los tratamientos de fisioterapia y rehabilitación cuando hayan conseguido la recuperación funcional, o el máximo posible de ésta, o cuando se convierta en terapia de mantenimiento.

Queda excluida la rehabilitación de origen neurológico, la atención temprana, la terapia ocupacional, rehabilitación cardíaca en régimen ambulatorio, rehabilitación respiratoria salvo postcirugía torácica en ingresados, **rehabilitación de la articulación temporomandibular, la rehabilitación vestibular, rehabilitación en medios acuáticos, rehabilitación oftalmológica o aquellas que usen equipamiento robótico.**

Queda excluido cualquier tipo de tratamiento de fisioterapia a domicilio.

4.5. Logopedia y foniatría

Requiere siempre autorización previa de SANITAS tras valoración de informe médico y debe estar prescrita por un especialista en otorrinolaringología (en caso de procesos orgánicos de laringe y cuerdas vocales) o un neurólogo (en caso de accidente cerebrovascular agudo).

Se cubren hasta **un máximo de 80 sesiones al año por Asegurado**.

Está cubierta exclusivamente:

– **En relación con procesos orgánicos referidos a laringe y cuerdas vocales:**

1. Inflamación: edemas
2. Tumores:
   a) Benignos: nódulos, pólipos.
   b) Malignos: cáncer de laringe (con afectación parcial o total)
3. Alteraciones de las propias cuerdas vocales:
   a) Parexias (disminución del movimiento de la(s) cuerda(s) porque o el músculo o el nervio están lesionados)
   b) Parálisis de cuerda (ausencia de movimiento de la(s) cuerda(s) porque o el músculo o el nervio están lesionados)
4. Malformaciones congénitas

Es objeto de cobertura asegurada **exclusivamente la terapia reeducativa y la reeducación del lenguaje durante los seis primeros meses tras un proceso derivado de accidente cerebro vascular agudo.**

Se cubre también la terapia para procesos educativos del lenguaje a Asegurados menores de 14 años, prescrita por Pediatría, Otorrinolaringología o Neurología y con un **máximo de 20 sesiones al año por Asegurado.**

4.6. Nutrición

El acceso a esta especialidad tendrá que ser **prescrito por especialistas en endocrinología, oncología, medicina interna, geriatría, pediatría, digestivo o ginecología y obstetricia autorizados por SANITAS.** Se cubre **cuando existe una patología médica (pacientes oncológicos, diabetes, problemas de obesidad con IMC>30 o trastorno alimentario severo).**

4.7. Odontología

Comprende exclusivamente consultas, extracciones de piezas dentales (pieza simple, cordales, piezas incluidas y restos radiculares), y limpiezas de boca, realizados en consulta.

4.8. Podología (exclusivamente Quiropodia)

Se cubre **exclusivamente quiropodia entendiendo como tal el tratamiento para la eliminación de callosidades y alteraciones en las uñas de los pies practicado por un podólogo.**

Se cubre hasta un máximo de 12 sesiones al año por Asegurado.

4.9. 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: incluye **exclusivamente la lente intraocular monofocal simple, excluida la tórica, la lente monofocal plus, la lente de foco extendido y cualquier otro modelo de lente monofocal avanzada**, utilizada para la cirugía de cataratas. Incluye también el tejido corneal procedente **exclusivamente de banco de tejido nacional para el trasplante de cornea.**

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.

3. Banco de tejidos en traumatológica y cirugía ortopédica, Se cubren exclusivamente los siguientes materiales provenientes de bancos de tejidos autorizados en la Unión Europea: aloinjerto óseo, tisular y de tendón, sustitutos óseos sintéticos: cerámicas fosfocálcicas, cementos fosfocálcicos, sulfato cálcico, cemento acrílico y matriz ósea desmineralizada exclusivamente para cirugía de columna, procesos tumorales.

4. Área Cardiovascular: las siguientes prótesis vasculares: stent; by-pass periférico o coronario, medicalizado o no medicalizado; la endoprótesis de aorta, válvulas cardiacas **con exclusión de las válvulas o dispositivos de reparación valvular implantadas por vía percutánea o transapical;** los conductos valvulados aórticos siempre que estén asociados a una cirugía valvular aórtica abierta; marcapasos **con exclusión de cualquier tipo de desfibrilador y de corazón artificial; coils y/o material de embolización.**

5. Quimioterapia o Tratamiento del Dolor: reservorios.

6. Otros materiales quirúrgicos: mallas abdominales excepto las mallas biológicas; mallas torácicas en cirugias oncológicas excepto la malla biológica; stent biliar; endoprótesis esofágica, duodenal y colónica; endoprótesis ureteral; sistemas de suspensión urológica; sistemas de derivación de líquido cefalorraquídeo (hidrocefalia); prótesis testicular, prótesis de mama y expansores, tanto en la mama afectada por una cirugía tumoral previa como en los casos en los que la mastectomía profiláctica se considere una opción terapéutica tras el resultado del BRCA1 y BRCA2; y las mallas biológica de recubrimiento mamario para la reconstrucción mamaria inmediata tras mastectomía.

7. Materiales de fijación ósea en cirugías craneales y/o maxilofaciales. Incluye sustitutos óseos exclusivamente para rellenos óseos tras cirugía tumoral.

Requiere autorización previa de SANITAS tras valoración de informe médico.

Las prótesis (y materiales implantables) cubiertas por la póliza serán exclusivamente **las prótesis homologadas por SANITAS** conforme a criterios de garantía, seguridad asistencial y calidad técnica, y suministradas siempre por las empresas concertadas en cada momento con SANITAS. La colocación o implantación de prótesis (o materiales implantables) no homologadas por SANITAS en los anteriores términos, que no está autorizada ni cubierta por la póliza, exime a la SANITAS de cualquier responsabilidad derivada de la implantación y funcionalidad de dicha prótesis (o material implantable).

En caso de solicitarse por el asegurado autorización para la implantación de prótesis (o materiales implantables) no homologadas por SANITAS, ésta le informará de una alternativa equivalente debidamente homologada por SANITAS y cubierta por la póliza.

4.10. 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.

4.11. Psicología

Comprende la atención psicológica de carácter individual prescrita por Psiquiatras, Médicos Asesores de Salud Familiar, Pediatras u Oncólogos Médicos y cuya finalidad sea el tratamiento de patologías susceptibles de intervención psicológica.

Los test psicométricos, serán por cuenta del Asegurado.

Comprende hasta un máximo de 15 sesiones por Asegurado y anualidad del seguro.

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

4.12. 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.

Excluye el concentrador de oxígenos portátil.

b) Generación de presión positiva en la vía aérea con CPAP o autoCPAP **para tratamiento del Sindrome de Apnea-Hipopnea del Sueño.**

c) Ventiloterapia parcial con BIPAP y Aerosolterapia.

5. Asistencia hospitalaria

La hospitalización se realizará en clínica u hospital.

En caso de pernocta, el enfermo ocupará habitación individual convencional y cama de acompañante, salvo imposibilidad manifiesta, 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 **siempre que se empleen de conformidad con las indicaciones que figuran en la ficha técnica del producto, excepto medicación que no cuente con autorización para su comercialización en España) y estancias con la manutención del enfermo.**

Excluye la asistencia por motivos de tipo social.

6. Medicina preventiva

Incluye programas aplicados a poblaciones sanas que contemplan diferentes actividades como consulta médica, exploración física y pruebas diagnósticas básicas prescritas por el especialista correspondiente, para el diagnóstico precoz de enfermedades:

6.1. Pediatría: Comprende consulta con especialista, exámenes de salud del recién nacido (incluyendo detección de metabolopatías así como detección precoz de la hipoacusia mediante otoemisiones acústicas o potenciales evocados auditivos en caso necesario) y exámenes periódicos de salud para el control del desarrollo infantil **(desde el nacimiento hasta los 11 años de edad).**

6.2. Aparato Digestivo: Incluye consulta con especialista y exploración física, así como pruebas diagnósticas básicas (por ejemplo, test de sangre oculta en heces o colonoscopia).

6.3. Cardiología: Incluye consulta con especialista y exploración física, así como pruebas diagnósticas básicas (por ejemplo: ECG, analítica básica de sangre y orina, prueba de esfuerzo), para establecer el riesgo coronario.

6.4. Neumología: Incluye consulta con especialista y exploración física, así como pruebas diagnósticas básicas (por ejemplo: radiografía de tórax).

6.5. Ginecología: Comprende revisión ginecológica anual para la prevención del cáncer de cérvix, endometrio y mama. Incluye consulta con el especialista y exploración así como las pruebas diagnósticas básicas (por ejemplo: ecografía, mamografía, citología o ecografía ginecológica).

6.6. Urología: Comprende consulta médica con el especialista así como pruebas diagnósticas básicas (por ejemplo: determinación de Antígeno Específico Prostático – PSA, orina, ecografía y/o biopsia de próstata).

La periodicidad recomendada de estos exámenes varía según las características de cada caso, por lo que corresponde al especialista establecer las recomendaciones en función del riesgo.

COBERTURAS ADICIONALES DE LA PÓLIZA

Cobertura de asistencia de urgencias en el extranjero

¿Qué es? Utilización de los servicios y límite temporal

Se trata de un complemento adicional a su póliza con el que dispondrá de cobertura de urgencias en el extranjero por causa de enfermedad o accidente, **siempre que la asistencia requerida se produzca dentro de los 90 días consecutivos desde el inicio del viaje.**

En todo lo que no se oponga expresamente a lo establecido en este complemento resultará de aplicación a la garantía de asistencia sanitaria urgente en el extranjero lo previsto en el condicionado de la póliza, incluidas sus cláusulas limitativas y exclusiones.

Es imprescindible para poder cubrir esta asistencia, **que el Asegurado** esté al corriente de pago y que, **antes de que se le realice ninguna prestación médica (salvo urgencia vital), contacte con Sanitas y solicite autorización previa** a través del teléfono que consta al dorso de la tarjeta. 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 facilitando a SANITAS copia del informe de urgencias.

Para que SANITAS acepte la prestación asistencial, será necesario que se aporten todos los documentos requeridos (justificantes de viaje, informe médico que justifique la urgencia y todos aquellos que sean requeridos, facturas y justificantes de pago)

¿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 o enfermedad ya conocida antes de la fecha de la iniciación del viaje, a menos que sea una complicación clara o imprevisible; los tratamientos prescritos en España;**
- **las enfermedades mentales y las crónicas que hayan provocado alteraciones en la salud del Asegurado.**

¿Qué servicios tengo incluidos?

1. Gastos Médicos

SANITAS, garantiza al Asegurado durante el período de vigencia de la póliza, la asistencia sanitaria urgente en el extranjero para:

- los gastos médicos (de médicos, cirujanos y hospitales/clínicas)
- medicamentos recetados por un médico
- gastos odontológicos considerados de urgencia **hasta un máximo de 300€ por Asegurado, quedando excluido los gastos correspondientes a: endodoncias, reconstrucciones estéticas de tratamientos anteriores, limpieza bucal, prótesis, fundas e implantes**
- Gastos de hospitalización
- Gastos de ambulancia ordenada por un médico para un trayecto local

Todos estos gastos deben ser originados fuera del territorio español y prestados a través de los centros designados por SANITAS.

Límites

12.000€ por persona y año.

2. Traslado de enfermos o heridos al lugar de asistencia

¿Qué incluye?

SANITAS tomará a su cargo dicho traslado bajo observación médica hasta el punto de asistencia en el que sea posible efectuar el tratamiento

El servicio médico de SANITAS será el que decida y elija el medio de transporte y el centro médico/hospital al que debe acudir el

Asegurado, conforme a las exigencias de orden médico que apliquen al caso.

3. 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 si es también Asegurado de SANITAS **hasta un máximo de 60€ por día y hasta un máximo de 10 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. 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, 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 reembolsar a SANITAS a la presentación de la factura el precio del medicamento.

14. Transmisión de mensajes urgentes

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

Cobertura de desempleo

Protección en caso de Desempleo o de Incapacidad Laboral

Por el presente Certificado, **AXA FRANCE IARD**, Sucursal en España, con domicilio en C/Arequipa 1, pta 3ª, 28043, Madrid y CIF W2502653E e inscrita en el R.M. de Madrid, Tomo 38.153, Folio 184, Sección 8, Hoja M-678991, Inscripción Nº1, 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 Premium 500.000 **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

DESEMPLEO: 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.

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, 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: **91 836 18 49 o por e-mail a la dirección: clp.es.siniestros@partners.axa.**

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 **91 836 18 49**. Asimismo podrán presentar sus quejas y reclamaciones por escrito dirigidas al Servicio de Atención al Cliente de la Compañía (C/Arequipa 1, planta 3ª, 28043, Madrid o por email cliente.atencion@partners.axa 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 transcurridos 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 **AXA FRANCE IARD,** Sucursal en España, 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.

Cobertura de farmacia

Comprende el reembolso del importe de aquellos medicamentos cuya comercialización se encuentre autorizada por el organismo público competente en la materia, y siempre que sean necesarios para el tratamiento de patologías sufridas por el asegurado y que sean objeto de cobertura por esta póliza. Se incluyen únicamente las fórmulas magistrales tipificadas y los preparados oficinales detallados en el Formulario Nacional de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS).

Quedan expresamente excluidas las fitoterapias y la parafarmacia.

El reembolso de dicho importe se realizará en el porcentaje establecido en las Condiciones Particulares y hasta el límite del capital asegurado igualmente indicado en las mismas, una vez aportada por el asegurado la factura acreditativa de haber abonado el medicamento y el documento de prescripción de un medico.

Cobertura 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, Comercio y Empresa.

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 concurra 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: 91 752 28 52 / 93 362 34 49 / 900 906 210 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

Para la efectividad de la presente póliza colectiva de seguro de vida es necesario facilitar a Seguros Lagun Aro Vida, S.A. los datos personales del Tomador y de los Asegurados que integren en cada momento

el colectivo asegurado por Sanitas S.A. de Seguros y que resulten imprescindibles para el mantenimiento y/o la ejecución de la relación contractual. En este sentido, Sanitas S.A. de Seguros cederá a Lagun Aro Vida S.A. los datos personales, del Tomador y en su caso, los de los Asegurados, que resulten imprescindibles para el mantenimiento y/o ejecución de la relación contractual.

Al efecto se informa al Tomador del Seguro, quien a su vez, se obliga a informar a los Asegurados, de que los datos de carácter personal cedidos o que se cedan para el mantenimiento y gestión de las relaciones contractuales con Seguros Lagun Aro VidaS.A., serán registrados en una base de datos de la que es responsable del tratamiento Seguros Lagun Aro Vida S.A. Los datos cedidos serán tratados con el fin principal de cumplir con las prestaciones y coberturas indicadas en la póliza de seguro de vida. En todo momento, podrán ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión y oposición, incluyendo la posibilidad de portar sus datos o limitar el tratamiento, remitiendo su solicitud a la dirección de correo electrónico dpo@seguroslagunaro.com. Pueden consultar información adicional relativo al tratamiento de sus datos personales en la página web de Lagun Aro: https://www.seguroslagunaro.com/corporativa/secciones/utilidades/politica_privacidad.php.

Cobertura de subsidio por hospitalización

Objeto de la cobertura asegurada

SANITAS abonará un subsidio diario por Asistencia Sanitaria con Hospitalización por el tiempo total que el Asegurado deba de permanecer Hospitalizado siempre que dicha hospitalización, aun pudiendo ser objeto de cobertura asegurada por la Póliza, no sea prestada bajo la cobertura asegurada de la misma. El importe diario y el número máximo de días de Hospitalización que podrán ser objeto de cobertura asegurada por Asegurado y anualidad, será el establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza. En caso de producirse más de una hospitalización de Asegurado en una misma anualidad contractual, se sumarán los días de Hospitalización de cada periodo a efectos de cómputo del límite temporal ya indicado.

Queda excluida de la cobertura asegurada

- **Cualquier tipo de hospitalización que no sea objeto de cobertura asegurada, así como aquellas en las que SANITAS asuma el coste de la Hospitalización.**
- **La hospitalización psiquiátrica y aquellas que no se prolonguen por un periodo mínimo de 24 horas consecutivas.**
- **El día de ingreso y/o el día de alta si producen con posterioridad a las 15 horas de ese día.**
- **Asegurados con más de 70 años de edad.**

Periodos de carencia

8 meses a contar desde el alta del Asegurado en la Póliza.

Ámbito territorial de cobertura

España.

Tramitación

El Asegurado deberá de aportar informe médico acreditativo del periodo de hospitalización, los motivos de la misma y del tratamiento recibido con especificación del Hospital donde se ha realizado y la identificación de los profesionales que han intervenido. También deberá de aportar factura acreditativa del pago de la Hospitalización o si esta ha sido asumida por otro seguro privado o por el Sistema Público de salud documentación acreditativa de dicha cobertura. El informe deberá de aportarse en el plazo máximo de 7 días a contar desde la fecha de alta hospitalaria.

Cobertura en Estados Unidos

Los servicios objeto de cobertura por esta póliza podrán ser prestadas al Asegurado en Estados Unidos:

- **Exclusivamente en los centros concertados a tal fin por SANITAS.**
- Es condición **indispensable** que dichos servicios sean **previamente autorizados por SANITAS**, la cual gestionará y tramitará los servicios objeto de cobertura.
- Para llevar a cabo dicha gestión SANITAS contratará a entidades colaboradoras en Estados Unidos que negocian con dichos centros concertados descuentos sobre sus honorarios. Las comisiones que perciban dichas entidades colaboradoras por los descuentos obtenidos computaran como gasto a efectos del cálculo del capital asegurado para esta cobertura.

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

- **Límite total en Estados Unidos: 500.000€.**
- **Asistencia hospitalaria hasta 443.500€, con el sublímite de parto hasta 3.610€.**
- **Asistencia extrahospitalaria hasta 52.000€.**

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 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 pueda requerir de nuevas pruebas diagnósticas o medidas terapéuticas, y con un mal pronóstico a priori. 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 podrá contactar en el teléfono 93 25 40 538 donde se le explicará el procedimiento a seguir y la documentación a remitir, 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 tendrá asignado un médico consultor, responsable de gestionar el caso y asesorar al paciente.

Están excluidas de este servicio las enfermedades de carácter agudo o que precisen una respuesta urgente.

No estarán cubiertas por la entidad las consultas, pruebas o tratamientos que no se realicen de acuerdo a las normas o coberturas de la póliza de asistencia sanitaria.

Sanitas Dental Reembolso

Las prestaciones aseguradas por esta póliza son las especificadas en el documento *Prestaciones Dentales Aseguradas,* anexo a las Condiciones Particulares y que forma

parte integrante e inseparable de las mismas y de estas Condiciones Generales. Están clasificadas del siguiente modo:

- Sin franquicia: el Asegurado no tiene que abonar al odontólogo cantidad alguna, salvo en el supuesto de que su póliza lleve aparejados copagos y estos vendrán especificados en las Condiciones Particulares de su póliza.

- Con franquicia: el Asegurado deberá abonar por la prestación solicitada el importe en concepto de franquicia determinado para la misma en el documento *Prestaciones Dentales Aseguradas,* anexo a las Condiciones Particulares de esta póliza.

En el caso de que se produjera alguna modificación en las prestaciones aseguradas o en el importe de las franquicias, el Asegurador comunicará dichas modificaciones con dos meses de antelación a la fecha de su entrada en vigor, suponiendo el pago de la prima la aceptación de dichos cambios.

Si el asegurado hace uso de las prestaciones aseguradas fuera del cuadro médico concertado o de las prestaciones con franquicia dentro del cuadro médico concertado, tendrá derecho al reembolso del importe abonado, de tal manera que el importe que desembolse en el centro dental, será reembolsado en el porcentaje y hasta los límites de capital asegurados expresamente indicados en las Condiciones Particulares y en el documento denominado *Prestaciones Dentales Aseguradas.*

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:

- **Cobertura dental:** 8 meses

Blua

Programas de salud

1. OBJETO DE LA COBERTURA

Facilitar al Asegurado información, orientación y atención profesional y personalizada, exclusivamente mediante técnicas de comunicación a distancia (vía telefónica, chat y videoconsulta).

2. ALCANCE DE LA COBERTURA

- Esta cobertura corresponde en exclusiva al Asegurado y es personal e intransferible.
- El servicio de videoconsulta se prestará en aquellos casos en los que SANITAS lo establezca y siempre con cita previa.
- Los servicios objeto de esta cobertura son prestados por Sanitas Emisión S.L., empresa del Grupo Sanitas.
- Si el Asegurado es menor de 18 años la interlocución se efectuará con el representante legal del menor.

3. PROCEDIMIENTO

- El Asegurado podrá solicitar este servicio a través de Mi Sanitas en www.sanitas.es o a través de la App móvil para establecer contacto mediante chat, citación por videoconsulta o en el teléfono 91 752 29 04 dentro del horario establecido.
- Se ofrecerán recomendaciones para cada programa digital, así como resolución de dudas por parte del asesor y seguimiento personalizado de cada Asegurado.
- Los objetivos y planes de acción con cada Asegurado serán individualizados y se consensuarán conjuntamente con el mismo.
- Se programará con el Asegurado la periodicidad y tipo de contactos de seguimiento de cada programa (vía telefónica, chat y videoconsulta).
- El Asegurado también podrá pedir cita con su asesor de salud siempre que lo

necesite para tener consulta a través del teléfono, chat o videoconsulta dentro del horario establecido.
- Los servicios objeto de cobertura serán prestados siempre que la presente cobertura y la póliza de la cual forma parte se encuentren en vigor y al corriente de pago de la prima.

4. HORARIO DE ATENCIÓN

El horario de atención es de lunes a viernes de 8.00h a 22.00h, excepto festivos nacionales y locales en Madrid.

5. DURACIÓN

Esta cobertura complementaria entrará en vigor en la fecha expresamente indicada en las Condiciones Particulares de la póliza y su extinción coincidirá con la fecha de vencimiento de la misma, prorrogándose por anualidades sucesivas en los mismos términos y condiciones establecidos para la garantía principal en las Condiciones Generales de esta póliza.

6. RIESGOS EXCLUIDOS

Sin perjuicio de las exclusiones establecidas en estas Condiciones Generales de la póliza serán específicamente aplicables a esta cobertura las siguientes exclusiones:

- **Consultas o atenciones que requieran la presencia física del facultativo.**
- **Diagnóstico de enfermedades o prescripción de pruebas diagnósticas o tratamientos médicos.**
- **La atención a cualquier patología congénita o adquirida que a juicio del especialista sea un impedimento para la realización del plan.**
- **Las coberturas excluidas en las Condiciones Generales y Particulares de la póliza.**

A continuación se detallan los programas disponibles:

Entrenador Personal y Fisioterapia

1. OBJETO DE LA COBERTURA

Facilitar al Asegurado información, orientación y atención profesional y personalizada en materia de actividad física con el objetivo de mejorar su condición física.

Servicio ofrecido por fisioterapeutas especializados y entrenadores personales específicamente designados por SANITAS en cada caso, que trabajan con protocolos médicos y planes de atención específicos en función del perfil y la situación de salud del Asegurado.

Este programa permite realizar un seguimiento más visual de los objetivos y el progreso alcanzado a través de la App de Mi Sanitas.

Nutrición

1. OBJETO DE LA COBERTURA

Facilitar al Asegurado información, orientación y atención profesional y personalizada en materia de nutrición para servir de apoyo a la consecución de hábitos alimentarios saludables.

Servicio ofrecido por especialistas titulados en nutrición y dietética que trabajan con protocolos médicos y planes de atención específicos en función del perfil y la situación de salud del Asegurado.

Este programa permite realizar un seguimiento más visual de los objetivos y el progreso alcanzado a través de la App de Mi Sanitas.

2. RIESGOS ESPECÍFICOS EXCLUIDOS

Sin perjuicio de las exclusiones detalladas anteriormente, serán específicamente

aplicables a esta cobertura las siguientes exclusiones:

- **La atención por los siguientes trastornos: bajo peso (Índice de Masa Corporal menor a 17), trastornos de la alimentación (anorexia, bulimia, etc.) o cualquier patología médica/pluripatología seria que el profesional sanitario considere que debe ser seguida en consultas de modo presencial.**
- **El seguimiento de la obesidad mórbida (Índice de Masa Corporal) mayor a 40 o mayor de 35 con comorbilidades asociadas (DBT,HTA, cardiopatía, SAOS...) queda excluido porque se deberá efectuar según el protocolo establecido por la compañía, una vez se confirme que el Asegurado cumple los requisitos establecidos por SANITAS.**

Psicología

1. OBJETO DE LA COBERTURA

Facilitar al Asegurado información, orientación y atención profesional y personalizada en materia de psicología, para servir de apoyo a la consecución del bienestar psicológico.

Servicio ofrecido por psicólogos que trabajan con protocolos médicos y planes de atención específicos en función del perfil y la situación de salud del cliente.

2. RIESGOS ESPECÍFICOS EXCLUIDOS

Sin perjuicio de las exclusiones detalladas anteriormente, serán específicamente aplicables a esta cobertura las siguientes exclusiones:

- **La atención por los siguientes trastornos: psicóticos, depresión grave, trastornos de la alimentación (anorexia, bulimia, etc) trastornos de la personalidad (esquizoide, evitativo, dependiente, histriónico, límite, etc); demencias y deterioro cognitivo; obesidad mórbida (este seguimiento se deberá efectuar según el protocolo establecido por la compañía, una vez se confirme que el Asegurado cumple los requisitos establecidos por SANITAS).**

Embarazo

1. OBJETO DE LA COBERTURA

Facilitar al Asegurado información, orientación y atención profesional y personalizada en relación al embarazo, postparto y primeros meses de vida del bebé con el objetivo de ayudar a la Asegurada a disfrutar de un embarazo y postparto saludable, así como aportar consejos para los primeros cuidados del bebé.

Servicio ofrecido por matronas y enfermeras especializadas en maternidad específicamente designadas por SANITAS en cada caso, que trabajan con protocolos médicos y planes de atención específicos en función del perfil y la situación de salud de la Asegurada.

Este programa permite realizar un seguimiento más visual de los objetivos y el progreso alcanzado a través de La App de Mi Sanitas.

Salud Infantil

1. OBJETO DE LA COBERTURA

Facilitar al Asegurado información, orientación y atención profesional y personalizada en relación a la salud y desarrollo de los niños hasta los 14 años con el objetivo de completar la información facilitada por el pediatra en las consultas presenciales así como para solucionar dudas.

Servicio ofrecido por enfermeros pediátricos específicamente designados por SANITAS en cada caso, que trabajan con protocolos médicos y planes de atención específicos en función del perfil y la situación de salud del Asegurado.

Este programa permite realizar un seguimiento más visual de los objetivos y el progreso alcanzado a través de La App de Mi Sanitas.

Cuidado del suelo pélvico

1. OBJETO DE LA COBERTURA

Facilitar al Asegurado información, orientación y atención profesional y personalizada en relación al cuidado y rehabilitación del suelo pélvico con el objetivo de ayudar al Asegurado a prevenir o mejorar los problemas de suelo pélvico.

Servicio ofrecido por fisioterapeutas específicamente designados por SANITAS en cada caso, que trabajan con protocolos médicos y planes de atención específicos en función del perfil y la situación de salud del Asegurado.

Deshabituación tabáquica

1.OBJETO DE LA COBERTURA

Facilitar al Asegurado información, orientación y atención profesional y personalizada en materia de deshabituación tabáquica con el objetivo de ayudar al Asegurado en su propósito de abandonar o disminuir el hábito del tabaco.

Servicio ofrecido por enfermeros y psicólogos especializados en deshabituación tabáquica específicamente designados por SANITAS en cada caso, que trabajan con protocolos médicos y planes de atención específicos en función del perfil y la situación de salud del Asegurado.

Otras ventajas digitales

SANITAS podrá poner a disposición del Asegurado sin coste adicional, coberturas digitales relacionadas con el cuidado de la salud adicionales o en sustitución de las que son objeto de esta póliza. El alcance de cobertura asegurada de las mismas con sus límites y exclusiones constará reflejada en el área privada Mi Sanitas en www.sanitas.es o a través de la app móvil debiendo los asegurados proceder a la aceptación de dichas condiciones con anterioridad a su utilización.

Urgencias por videoconsulta

Aquellos asegurados que deseen utilizar el servicio de urgencias a través de videoconsulta deberán:

- Registrarse en el área reservada a los clientes denominada "MI SANITAS" a la cual puede acceder a través de la App o el sitio web www.sanitas.es.

- A través del servicio de videoconsulta el Asegurado no podrá elegir el facultativo sino que éste será el disponible en el momento en que se solicite la consulta.

- La videoconsulta no sustituye en ningún caso a la consulta presencial sino que sirve exclusivamente como herramienta auxiliar en el proceso de diagnóstico y tratamiento del paciente, motivo por el cual el facultativo puede requerir al Asegurado para que acuda a consulta presencial en aquellos casos que lo considere oportuno.

COBERTURAS COMPLEMENTARIAS DE LA PÓLIZA

Clínica Universidad de Navarra Con Copago

1. OBJETO DE LA COBERTURA

Permitir el acceso de los Asegurados a los siguientes hospitales pertenecientes a la Clínica Universidad de Navarra:

- El Hospital en Navarra, situado en Avda. de Pío XII, 36, Pamplona. **Su inclusión en el cuadro médico de la Póliza se produce en la fecha de efecto de la presente cobertura complementaria.**

- El Hospital en Madrid, situado en calle del Marquesado de Santa Marta, 5. **Su inclusión en el cuadro médico de la Póliza se produce en la fecha de efecto de la presente cobertura complementaria.**

Ambos hospitales se denominarán conjuntamente en adelante los "Hospitales de la Clínica".

Alcance de la cobertura:

El Asegurado con residencia habitual en Navarra, Cantabria o en La Rioja no podrá contratar el Complemento CUN.

En las Condiciones Particulares de la Póliza, en adelante "la Póliza", figurarán identificados aquellos Asegurados que resulten beneficiarios de la presente cobertura complementaria.

Dichos Asegurados podrán acudir bajo la cobertura de la Póliza a los Hospitales de la Clínica, para aquellas especialidades médicas que sean concertadas por SANITAS para cada Hospital, y que figurarán especificadas en cada momento en la Guía orientadora de médicos y servicios de la Póliza.

Al presente complemento le resultarán de aplicación **los periodos de carencia establecidos en el Condicionado General** de la Póliza.

Las prestaciones aseguradas serán en todo caso las garantizadas por la Póliza bajo la modalidad de cuadro médico concertado y en los mismos términos, (incluyendo sus límites, exclusiones, franquicias, copagos, etc.), establecidos en el condicionado de la Póliza para cualquier otro centro de dicho cuadro médico. En ningún caso se prestarán dichas coberturas bajo la modalidad de reembolso de gastos.

2. DURACIÓN

La presente cobertura complementaria entra en vigor en la fecha de efecto específicamente indicada en las Condiciones Particulares de la Póliza, y su extinción coincidirá con la fecha de vencimiento de la Póliza.

Llegada la fecha de vencimiento de la cobertura complementaria, ésta se prorrogará por anualidades sucesivas en los mismos términos establecidos en las Condiciones Generales de la Póliza. En todo caso, el Tomador y SANITAS podrán oponerse a la prórroga de la cobertura complementaria mediante notificación escrita a la otra parte, efectuada con antelación no inferior a dos meses a la fecha de vencimiento de la cobertura si es SANITAS quien realiza dicha notificación, y de un mes si es el Tomador quien la realiza.

La extinción de la Póliza implicará la extinción de la presente cobertura complementaria. Serán igualmente causas de extinción de la presente cobertura las contempladas en las Condiciones Generales de la Póliza, incluyendo el impago de la prima de seguro, o mensualidad o fracción de la misma, correspondiente a esta cobertura complementaria.

En caso de finalización del acuerdo entre la CUN y SANITAS o exclusión de alguna o varias de las especialidades médicas concertadas, dicha circunstancia implicará la baja inmediata del complemento o de la especialidad de que se trate respectivamente, sin que por ese motivo exista derecho a solicitar indemnización por ningún concepto contando los Asegurados con alternativa

médica asistencial en cualquier otro centro del cuadro médico de SANITAS en los términos establecidos en la póliza.

3. PRIMA DEL SEGURO

En caso de establecerse en las Condiciones Generales o Particulares de la Póliza franquicias o participación en gasto en relación a determinadas prestaciones aseguradas, los mismos se aplicarán igualmente y en idénticos términos en caso de acudir el Asegurado a los Hospitales de la Clínica objeto de esta cobertura complementaria.

4. APLICACIÓN DEL CONDICIONADO DE LA PÓLIZA

En todo lo no previsto expresamente en el presente complemento, **será de aplicación subsidiaria a la cobertura complementaria y a las prestaciones aseguradas que se lleven a cabo en o por los Hospitales de la Clínica lo previsto en el Condicionado General y Particular de la Póliza, con sus límites y exclusiones de cobertura asegurada, forma de prestar los servicios y en general los restantes términos estipulados en el condicionado de la Póliza.**

Complemento Digital Bluau

Programas de salud

1. OBJETO DE LA COBERTURA

Facilitar al Asegurado información, orientación y atención profesional y personalizada, exclusivamente mediante técnicas de comunicación a distancia (vía telefónica, chat y videoconsulta).

2. ALCANCE DE LA COBERTURA

- Esta cobertura corresponde en exclusiva al Asegurado y es personal e intransferible.
- El servicio de videoconsulta se prestará en aquellos casos en los que SANITAS lo establezca y siempre con cita previa.
- Los servicios objeto de esta cobertura son prestados por Sanitas Emisión S.L., empresa del Grupo Sanitas.
- Si el Asegurado es menor de 18 años la interlocución se efectuará con el representante legal del menor.

3. PROCEDIMIENTO

- El Asegurado podrá solicitar este servicio a través de Mi Sanitas en www.sanitas.es o a través de la App móvil para establecer contacto mediante chat, citación por videoconsulta o en el teléfono 91 752 29 04 dentro del horario establecido.
- Se ofrecerán recomendaciones para cada programa digital, así como resolución de dudas por parte del asesor y seguimiento personalizado de cada Asegurado.
- Los objetivos y planes de acción con cada Asegurado serán individualizados y se consensuarán conjuntamente con el mismo.
- Se programará con el Asegurado la periodicidad y tipo de contactos de seguimiento de cada programa (vía telefónica, chat y videoconsulta).
- El Asegurado también podrá pedir cita con su asesor de salud siempre que lo necesite para tener consulta a través del teléfono, chat o videoconsulta dentro del horario establecido.
- Los servicios objeto de cobertura serán prestados siempre que la presente cobertura y la póliza de la cual forma parte se encuentren en vigor y al corriente de pago de la prima.

4. HORARIO DE ATENCIÓN

El horario de atención es de lunes a viernes de 8.00h a 22.00h, excepto festivos nacionales y locales en Madrid.

5. DURACIÓN

Esta cobertura complementaria entrará en vigor en la fecha expresamente indicada en las Condiciones Particulares de la póliza y su extinción coincidirá con la fecha de vencimiento de la misma, prorrogándose por anualidades sucesivas en los mismos términos y condiciones establecidos para la garantía principal en las Condiciones Generales de esta póliza.

6. RIESGOS EXCLUIDOS

Sin perjuicio de las exclusiones establecidas en estas Condiciones Generales de la póliza serán específicamente aplicables a esta cobertura las siguientes exclusiones:

- **Consultas o atenciones que requieran la presencia física del facultativo.**
- **Diagnóstico de enfermedades o prescripción de pruebas diagnósticas o tratamientos médicos.**
- **La atención a cualquier patología congénita o adquirida que a juicio del especialista sea un impedimento para la realización del plan.**
- **Las coberturas excluidas en las Condiciones Generales y Particulares de la póliza.**

A continuación se detallan los programas disponibles:

Entrenador Personal y Fisioterapia

1. OBJETO DE LA COBERTURA

Facilitar al Asegurado información, orientación y atención profesional y personalizada en materia de actividad física con el objetivo de mejorar su condición física.

Servicio ofrecido por fisioterapeutas especializados y entrenadores personales específicamente designados por SANITAS en cada caso, que trabajan con protocolos médicos y planes de atención específicos en función del perfil y la situación de salud del Asegurado.

Este programa permite realizar un seguimiento más visual de los objetivos y el progreso alcanzado a través de la App de Mi Sanitas.

Nutrición

1. OBJETO DE LA COBERTURA

Facilitar al Asegurado información, orientación y atención profesional y personalizada en materia de nutrición para servir de apoyo a la consecución de hábitos alimentarios saludables.

Servicio ofrecido por especialistas titulados en nutrición y dietética que trabajan con protocolos médicos y planes de atención específicos en función del perfil y la situación de salud del Asegurado.

Este programa permite realizar un seguimiento más visual de los objetivos y el progreso alcanzado a través de la App de Mi Sanitas.

2. RIESGOS ESPECÍFICOS EXCLUIDOS

Sin perjuicio de las exclusiones detalladas anteriormente, serán específicamente aplicables a esta cobertura las siguientes exclusiones:

- **La atención por los siguientes trastornos: bajo peso (Índice de Masa Corporal menor a 17), trastornos de la alimentación (anorexia, bulimia, etc.) o cualquier patología médica/pluripatología seria que el profesional sanitario considere que debe ser seguida en consultas de modo presencial.**
- **El seguimiento de la obesidad mórbida (Índice de Masa Corporal) mayor a 40 o mayor de 35 con comorbilidades asociadas (DBT,HTA,**

cardiopatía, SAOS...) queda excluido porque se deberá efectuar según el protocolo establecido por la compañía, una vez se confirme que el Asegurado cumple los requisitos establecidos por SANITAS.

Psicología

1. OBJETO DE LA COBERTURA

Facilitar al Asegurado información, orientación y atención profesional y personalizada en materia de psicología, para servir de apoyo a la consecución del bienestar psicológico.

Servicio ofrecido por psicólogos que trabajan con protocolos médicos y planes de atención específicos en función del perfil y la situación de salud del cliente.

2. RIESGOS ESPECÍFICOS EXCLUIDOS

Sin perjuicio de las exclusiones detalladas anteriormente, serán específicamente aplicables a esta cobertura las siguientes exclusiones:

- **La atención por los siguientes trastornos: psicóticos, depresión grave, trastornos de la alimentación (anorexia, bulimia, etc) trastornos de la personalidad (esquizoide, evitativo, dependiente, histriónico, límite, etc); demencias y deterioro cognitivo; obesidad mórbida (este seguimiento se deberá efectuar según el protocolo establecido por la compañía, una vez se confirme que el Asegurado cumple los requisitos establecidos por SANITAS).**

Embarazo

1. OBJETO DE LA COBERTURA

Facilitar al Asegurado información, orientación y atención profesional y personalizada en relación al embarazo, postparto y primeros meses de vida del bebé con el objetivo de ayudar a la Asegurada a disfrutar de un embarazo y postparto saludable, así como aportar consejos para los primeros cuidados del bebé.

Servicio ofrecido por matronas y enfermeras especializadas en maternidad específicamente designadas por SANITAS en cada caso, que trabajan con protocolos médicos y planes de atención específicos en función del perfil y la situación de salud de la Asegurada.

Este programa permite realizar un seguimiento más visual de los objetivos y el progreso alcanzado a través de La App de Mi Sanitas.

Salud Infantil

1. OBJETO DE LA COBERTURA

Facilitar al Asegurado información, orientación y atención profesional y personalizada en relación a la salud y desarrollo de los niños hasta los 14 años con el objetivo de completar la información facilitada por el pediatra en las consultas presenciales así como para solucionar dudas.

Servicio ofrecido por enfermeros pediátricos específicamente designados por SANITAS en cada caso, que trabajan con protocolos médicos y planes de atención específicos en función del perfil y la situación de salud del Asegurado.

Este programa permite realizar un seguimiento más visual de los objetivos y el progreso alcanzado a través de La App de Mi Sanitas.

Cuidado del suelo pélvico

1. OBJETO DE LA COBERTURA

Facilitar al Asegurado información, orientación y atención profesional y personalizada en relación al cuidado y rehabilitación del suelo pélvico con el objetivo de ayudar al Asegurado a prevenir o mejorar los problemas de suelo pélvico.

Servicio ofrecido por fisioterapeutas específicamente designados por SANITAS en cada caso, que trabajan con protocolos médicos y planes de atención específicos en función del perfil y la situación de salud del Asegurado.

Deshabituación tabáquica

1.OBJETO DE LA COBERTURA

Facilitar al Asegurado información, orientación y atención profesional y personalizada en materia de deshabituación tabáquica con el objetivo de ayudar al Asegurado en su propósito de abandonar o disminuir el hábito del tabaco.

Servicio ofrecido por enfermeros y psicólogos especializados en deshabituación tabáquica específicamente designados por SANITAS en cada caso, que trabajan con protocolos médicos y planes de atención específicos en función del perfil y la situación de salud del Asegurado.

Seguimiento de enfermedades crónicas

1.OBJETO DE LA COBERTURA

Facilitar al Asegurado información, orientación y atención profesional y personalizada en materia de enfermedades crónicas, con el objetivo de ayudar al Asegurado en su propósito de atender su enfermedad y mejorar su calidad de vida.

Servicio ofrecido por enfermeros y médicos especializados en patologías crónicas, específicamente designados por SANITAS en cada caso, que trabajan con protocolos médicos y planes de atención específicos en función del perfil y la situación de salud del Asegurado.

Otras ventajas digitales

SANITAS podrá poner a disposición del Asegurado nuevas coberturas digitales relacionadas con el cuidado de la salud adicionales o en sustitución de las que son objeto de esta póliza. El alcance de cobertura asegurada de las mismas con sus límites y exclusiones constará reflejada en el área privada Mi Sanitas en www.sanitas.es o a través de la app móvil debiendo los asegurados proceder a la aceptación de dichas condiciones con anterioridad a su utilización.

Analítica a domicilio

1. OBJETO DE LA COBERTURA

Reembolso del servicio de analítica a domicilio y desplazamiento del personal del laboratorio al domicilio o lugar donde se encuentre el Asegurado para la realización de la extracción de la muestra a analizar. Tendrá en cobertura la analítica de sangre y orina prescrita por un médico, excepto aquellas determinaciones encaminadas al estudio del mapa genético y las indicadas a continuación y que figuran en el presente condicionado general: 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,** 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.

Alcance de la cobertura:

- El Asegurado podrá elegir cualquier laboratorio legalmente habilitado para realizar la analítica:
    - Si el laboratorio está concertado para la prestación del servicio "Analítica a Domicilio" el Asegurado no tendrá que abonar importe alguno por la prestación del servicio
    - Si el laboratorio no está concertado para la prestación del servicio Analítica a Domicilio el Asegurado abonará el correspondiente importe por la prestación del servicio y podrá solicitar a SANITAS el reembolso de los gastos de desplazamiento incurridos por el personal del laboratorio
- Para solicitar el reembolso, el Asegurado deberá de aportar factura justificativa del pago donde conste debidamente desglosado el importe correspondiente a las determinaciones analíticas y al desplazamiento del personal del laboratorio al lugar acordado con el Asegurado así como cualquier otra documentación que SANITAS considere necesaria para comprobar la procedencia del reembolso bajo la cobertura asegurada.
- Esta cobertura entrará en vigor una vez haya tomado efecto la misma en la fecha expresamente indicada en las correspondientes Condiciones Particulares y siempre que se encuentre la póliza al corriente de pago.
- El servicio será prestado exclusivamente al Asegurado de alta en la póliza. Cobertura personal e intransferible.
- Se permitirán **dos servicios por Asegurado y anualidad.**
- El ámbito territorial de cobertura es el del Estado Español. Por tanto la ubicación de laboratorio y del Asegurado deben de encontrase dentro de dicho territorio.

Procedimiento:

- **Para solicitar el servicio será imprescindible que el Asegurado disponga de una prescripción médica de una analítica.**
- **Si el laboratorio no está concertado para la prestación del servicio Analítica a Domicilio el Asegurado abonará el importe correspondiente a la realización del servicio de desplazamiento para la extracción de la muestra.**
- **El Asegurado solicitará que en la factura se detalle el importe abonado al laboratorio en concepto de las determinaciones analíticas y del desplazamiento si fuera necesario, al ser dichos importes los que son objeto de cobertura asegurada por esta cobertura complementaria de analítica a domicilio. Solicitará el reembolso a SANITAS del porcentaje establecido en las Condiciones Particulares de su póliza, y hasta el límite de capital Asegurado ya indicado en las mismas.**

2. DURACIÓN

Esta cobertura entrará en vigor en la fecha expresamente indicada en las Condiciones Particulares de la póliza y su extinción coincidirá con la fecha de vencimiento de la misma prorrogándose por anualidades sucesivas en los mismos términos y condiciones establecidos para la garantía principal en las Condiciones Generales de esta póliza.

3. RIESGOS EXCLUIDOS

Sin perjuicio de las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales de la póliza serán específicamente

aplicables a esta cobertura las siguientes exclusiones:

- **No será objeto de cobertura ninguna analítica que no se acompañe de una prescripción realizada por un médico.**
- **Las coberturas excluidas en las Condiciones Generales y Particulares de la póliza**

Reembolso de farmacia

Comprende el reembolso del importe de aquel los medicamentos cuya comercialización se encuentre autorizada por el organismo público competente en la materia, y siempre que sean necesarios para el tratamiento de patologías sufridas por el Asegurado y que sean objeto de cobertura por esta póliza. Se incluyen únicamente las fórmulas magistrales tipificadas y los preparados oficinales detallados en el Formulario Nacional de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS).

Quedan expresamente excluidas las fitoterapias y la parafarmacia.

El reembolso de dicho importe se realizará en el porcentaje establecido en las Condiciones Particulares y hasta el límite del capital asegurado igualmente indicado en las mismas, una vez aportada por el Asegurado la factura acreditativa de haber abonado el medicamento y el documento de prescripción de un medico.

Envío de medicamentos

SANITAS se encargará de buscar los medicamentos y de su envío hasta el lugar en que se hallara el Asegurado **con un máximo de 6 veces por Asegurado, durante la anualidad del seguro.**

El Asegurado puede solicitar este servicio en el área reservada al cliente denominada “MI SANITAS” a la que puede acceder a través del sitio web www.sanitas.es y enviar la receta médica que previamente le haya remitido el facultativo de SANITAS por medios electrónicos.

También podrá solicitar este servicio llamando al teléfono 91 353 63 48. En ese caso el proveedor designado por SANITAS para prestar este servicio retirará la receta médica original en el domicilio del Asegurado.

El medicamento será entregado dentro de las 3 horas siguientes al momento de su solicitud, en el lugar donde se encuentre el Asegurado dentro del territorio español. Debe tratarse de medicamento cuya comercialización este autorizada en España y el Asegurado deberá abonar el importe correspondiente en el momento de su entrega.

SANITAS no asume responsabilidad alguna por el estado de los medicamentos. Tampoco garantiza la efectividad del servicio en caso de que no sea posible su prestación por cualquier causa o se ejecute de manera distinta a la prevista. Quedan excluidos de responsabilidad aquellos supuestos de demora en la entrega o defectos en el estado del medicamento que no sean directamente imputables a la empresa que SANITAS haya contratado para la prestación del servicio. SANITAS ni la empresa a la que haya contratado en su caso la prestación de este servicio no serán responsables si el medicamento no es dispensado en la farmacia por requerirse la identificación del Asegurado en función del tipo de medicamento de que se trate, o si no fuese considerada válida la receta presentada por cualquier motivo.

Urgencias por videoconsulta

Aquellos asegurados que deseen utilizar el servicio de urgencias a través de videoconsulta deberán:

- Registrarse en el área reservada a los clientes denominada "MI SANITAS" a la

cual puede acceder a través de la App o el sitio web www.sanitas.es.

- A través del servicio de videoconsulta el Asegurado no podrá elegir el facultativo sino que éste será el disponible en el momento en que se solicite la consulta.

- La videoconsulta no sustituye en ningún caso a la consulta presencial sino que sirve exclusivamente como herramienta auxiliar en el proceso de diagnóstico y tratamiento del paciente, motivo por el cual el facultativo puede requerir al Asegurado para que acuda a consulta presencial en aquellos casos que lo considere oportuno.

Cláusula III: Coberturas excluidas

Quedan excluidas de todas las coberturas 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 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.**

- **Queda excluido de cobertura asegurada cualquier prestación que guarde relación con accidentes de tráfico, hayan ocurrido en España o en el Extranjero,** excepto las necesarias asistencias de carácter urgente o salvo que haya contratado el complemento de accidentes de tráfico.

- **Los producidos practicando el Asegurado, como aficionado, deportes de riesgo, como por ejemplo actividades aéreas, pruebas de velocidad con vehículos a motor, submarinismo, esquí fuera de pista o con saltos de trampolín, el bobsleigh, escalada, boxeo, lucha en cualquiera de sus modalidades, toreo y encierro de reses bravas, artes marciales, rugby, quad, espeleología, actividades de navegación o en aguas bravas, rafting, puenting, hidrospeed, barranquismo, paracaidismo, parapente, aerostación, vuelo libre, vuelo sin motor, caza, hípica, o cualquier otra actividad de riesgo análogo, así como los derivados de las competiciones deportivas, incluidos los entrenamientos.**

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 Trasfronteriza.**

- **Centros médicos o clínicas de medicina integrativa ni en general en cualquier centro que no se limite a prestar**

exclusivamente servicios de medicina convencional entendiendo como tal las prestadas por una profesión de las reguladas por la Ley 44/2003, de 21 de noviembre de ordenación de profesiones sanitarias y se trate de un servicio de los contemplados en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre por el que se Establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Lo anterior con independencia de que dichos servicios sean prestados por facultativos colegiados y en el tratamiento se combinen con servicios que sí estarían contemplados en dicha Ley y que tampoco serían objeto de cobertura asegurada.

Será considerado como Medicinas alternativas, naturopatía, homeopatía, acupuntura, mesoterapia, hidroterapia, presoterapia, ozonoterapia, quiropráctica, o cualquier otra terapia no contemplada entre los servicios objeto del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

D. La hospitalización por problemas de tipo social.

E. La asistencia médica y/u hospitalaria prestada al Asegurado por un facultativo o por un miembro de su equipo profesional que sea o haya sido cónyuge o pariente por consanguinidad o afinidad (dentro del 4º grado) del Tomador del Seguro o del Asegurado.

La asistencia médica y/u hospitalaria prestada al Asegurado por un facultativo que mantiene una relación de dependencia con el Asegurado o Tomador del Seguro en virtud de una relación profesional, laboral o mercantil o que se encuentre ligado con alguno de ellos por cualquier relación de sociedad o intereses.

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 dolo o culpa grave del Asegurado.

G. Todos aquellos medios, métodos, pruebas, técnicas, o procedimientos diagnósticos, quirúrgicos o terapéuticos (en adelante las "Técnicas") que sean de aparición posterior a la contratación inicial o de cada prórroga anual de la póliza. Esta exclusión sólo se aplicará si la póliza cubre otras Técnicas alternativas a la de nueva aparición, aunque no sean similares, y que no hayan quedado manifiestamente obsoletas, en desuso y superadas por la Técnica de nueva aparición de que se trate.

Igualmente quedan excluidas cualquier Técnicas realizadas dentro de un ensayo clínico o que por su falta de seguridad o eficacia no sean empleadas en la práctica clínica habitual, considerando como tales aquellas que no consten aprobadas por la Agencia Europea del Medicamento y/o la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, así como por las Agencias de Evaluación de las tecnologías Sanitarias dependientes de los servicios de salud de las CCAA o del Ministerio de Sanidad.

Las Técnicas cuya inclusión en la póliza SANITAS comunique al Tomador, quedarán incluidas sólo en los términos y dentro de los límites de dicha comunicación.

Lo previsto en este apartado se entiende sin perjuicio de las restantes exclusiones contenidas en esta póliza.

H. Cualquier tipo de servicio relacionado con:

- **Patologías o tratamientos no incluidos en la cobertura de la póliza o cualquier otra prestación médica que guarde relación directa con un tratamiento que no haya sido realizado bajo la cobertura asegurada por la póliza al no ser objeto de la misma.**

- **El diagnóstico y tratamientos, inclusive la cirugía, encaminados a solventar la esterilidad o infertilidad en ambos sexos, excepto las pruebas detalladas en el apartado correspondiente de ginecología y urología, 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.**

- **Los trasplantes heterólogos.**

- **Cualquier intervención quirúrgica sobre el no nacido.**

- **Cualquier técnica quirúrgica que utilice equipos de cirugía robótica, excepto las cirugías detalladas en el apartado correspondiente de urología. Cualquier técnica diagnóstica o terapéutica que utilice equipos robóticos.**

- **Los estudios genéticos 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. Quedan expresamente excluidos los estudios genéticos de tumores y biopsia líquida** excepto los recogidos en el apartado de estudios genéticos y en el apartado de ginecología y obstetricia.

- **Las prótesis y material implantable** salvo los contemplados en el correspondiente apartado de las Condiciones Generales. **Quedan excluidos entre otros: cualquier prótesis externa; prótesis personalizada; cualquier tipo de material ortopédico; fijadores externos; materiales biológicos o sintéticos; injertos; conductos valvulados,** excepto los conductos valvulados asociados a cirugía valvular aórtica; **válvulas cardiacas y dispositivos de reparación valvular que sean implantados por vía percutánea o transapical; bombas implantables para infusión de medicamentos; electrodos de estimulación medular; desfibriladores, y el corazón artificial.**

- **Las intervenciones, infiltraciones, medicamentos y tratamientos, así como cualquier otra intervención que tenga un carácter estético o cosmético, incluidas las que se fundamenten en razones psicológicas. En cirugías de mama sólo se cubren las ocasionadas por enfermedad tumoral, quedando expresamente excluidas las siguientes: cirugías con carácter profiláctico,** salvo aquellas que cumplen los criterios detallados en el apartado de cirugía de la mama; **y las realizadas para corregir hipertrofias mamarias y/o ginecomastias. Cualquier tipo de abdominoplastia. 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, factores de crecimiento y células madre.**

- **El ácido hialurónico, tanto si está comercializado como medicamento o como producto sanitario.**

- **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, presoterapia, ozonoterapia, quiropráctica, etc. Queda excluida además toda asistencia realizada en centros médicos o clínicas de medicina integrativa y/o que combinen asistencia médica con terapias no convencionales reconocidas como pseudoterapias por el Ministerio de Sanidad y la Organización Médica Colegial.**

- **Servicios o técnicas que consisten en meras actividades de ocio, descanso, confort o deporte, así como los tratamientos en balnearios y curas de reposo.**

- **Órtesis, productos ortopédicos, productos anatómicos, gafas, lentillas, aparatos auditivos entre otros.**

- **Tratamientos con cámara hiperbárica.**

- **Tratamiento con Radiofrecuencia a nivel musculoesquelético, excepto los de articulaciones vertebrales.**

- **Queda excluida la cirugía endoscópica de columna.**

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

- La fotocoagulación oftálmica exclusivamente para retinopatías isquémicas, edema macular, glaucoma y lesiones periféricas retinianas (agujeros o desgarros).

- El cross linking corneal para el tratamiento del queratocono.

- Tratamientos de hemorroides.

- Cirugía vascular periférica con patología (no estética).

- Otorrinolaringología láser de CO2.

- En fisioterapia músculo-esquelética.

- Litotricia endoureteral y vesical por láser.

- Vaporización y enucleación prostática con láser.

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

K. Queda excluida la cirugía refractiva de cualquier tipo (para miopía, hipermetropía y astigmatismo).

L. Los siguientes medicamentos de uso humano:

- **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 y mediante instilación vesical en el caso de MITOMICINA Y BCG. La medicación en ventiloterapia y aerosolterapia, así como productos de parafarmacia.**

- **Los medicamentos no comercializados en España.**

- **Los siguientes medicamentos especiales:**
  - **Vacunas/autovacunas y demás medicamentos biológicos.**
  - **Medicamentos de origen humano.**
  - **Medicamentos de terapia avanzada (génica y celular).**

- **Medicamentos de plantas medicinales.**
- **Medicamentos homeopáticos.**
- **Medicamentos cuya finalidad sea estética.**
- **Radiofármacos con fines terapéuticos excepto lo especificado en el apartado de Medicina Nuclear.**
- **Se excluyen las técnicas de transferencia celular adoptiva (ACT), entre las cuales se encuentran las terapias CAR-T, TIL, TCR-T, CAR-NK y similares**.

También se excluyen los estudios farmacocinéticos de cualquier medicamento.

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

N. Quedan excluida la cirugía metabólica en diabetes , así como el balón intragástrico y los tratamientos endoscópicos de la obesidad.

Ñ. Quedan excluidos los tratamientos de esclerosis con espuma y microespuma en la especialidad de Angiología y Cirugía Vascular y en cualquier otra especialidad.

O. Queda excluido el tratamiento con ultrasonidos focalizados de alta intensidad (HIFUs).

Cláusula IV: Periodos de carencia

Las prestaciones que en virtud de esta póliza asuma SANITAS serán facilitadas desde el momento de entrar en vigor el contrato. **SE EXCEPTÚAN DE LO ANTERIOR LAS PRESTACIONES SIGUIENTES QUE NO PODRÁN REALIZARSE HASTA QUE HAYAN TRANSCURRIDO LOS RESPECTIVOS PLAZOS DE CARENCIA QUE SE DETALLAN A CONTINUACIÓN:**

Plazos de Carencia para la modalidad de Cuadro Médico:

- **Vasectomía y ligadura de trompas: 10 meses**
- **Psicología: 6 meses**
- **Pruebas diagnósticas complejas según vienen definidos en el glosario: 6 meses**
- **Los métodos terapéuticos complejos según vienen definidos en el glosario: 10 meses**
- **Intervenciones quirúrgica del Grupo 0 al II según clasificación de la Organización Médica Colegial: 3 meses**
- **Parto o cesárea salvo parto prematuro (menos de 37 semanas): 8 meses**
- **Hospitalización e intervenciones quirúrgica del Grupo III al VIII según clasificación de la Organización Médica Colegial: 10 meses**
- **Cirugía bariátrica en obesidad mórbida: 60 meses**

Plazos de Carencia para la modalidad de Reembolso:

- **Psicología: 6 meses**
- **Vasectomía y ligadura de trompas: 10 meses**
- **Pruebas diagnósticas complejas según vienen definidos en el glosario: 6 meses**
- **Los métodos terapéuticos complejos según vienen definidos en el glosario: 10 meses**
- **Intervenciones quirúrgica del Grupo 0 al II según clasificación de la Organización Médica Colegial: 3 meses**
- **Parto o cesárea salvo parto prematuro (menos de 37 semanas): 8 meses**
- **Hospitalización e intervenciones quirúrgica del Grupo III al VIII según clasificación de la Organización Médica Colegial: 10 meses**
- **Cirugía bariátrica en obesidad mórbida: 60 meses**

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).

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. **Cuando un determinado tratamiento o técnica quirúrgica o diagnostica no sea objeto de cobertura asegurada los servicios medico asistenciales que necesariamente deban prestarse como consecuencia de la realización del citado tratamiento o técnica tampoco serán objeto de cobertura asegurada.**

Al recibir los servicios que procedan, el Asegurado deberá exhibir la tarjeta de 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 no 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, 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, si la póliza no se encuentra en vigor en el momento de prestación del servicio, 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, como por ejemplo: neurocirugía, cirugía cardíaca, cirugía bariátrica, cirugía de mama, cirugía de columna, etc, 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 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 prescriptos por un médico especialista concertado con SANITAS. En todos los tratamientos el Asegurado deberá renovar la prescripción y la autorización del servicio por parte de SANITAS con una periodicidad variable según el tipo de dispositivo y las sesiones autorizadas en cada caso, excepto para el CPAP y el concentrador del oxígeno de los pacientes ya catalogados como crónicos cuya autorización es indefinida y no precisa renovación salvo algunas situaciones excepcionales (cambio de provincia de residencia, cambio de póliza).

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 traves 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 salvo aquellos servicios médicos, objeto de cobertura asegurada por esta póliza, que únicamente se presten a través de la modalidad de cuadro médico o reembolso y así se indique expresamente en sus Condiciones Particulares. El reembolso por parte de SANITAS de los gastos correspondientes a las prestaciones médicas 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 todo caso, dichas prestaciones deberán ser realizadas por aquellos profesionales y centros médicos y hospitales que cumplan con todos los requisitos legales para el desarrollo de su actividad profesional en el país en donde ésta se realice.

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. **En caso de que el Asegurado disponga de las coberturas de reembolso y de urgencias en el extranjero, cuando haga uso de esta última y siempre que se exceda del límite de capital asegurado previsto para dicha cobertura, el Asegurado podrá solicitar el reembolso del exceso de gastos en los que haya podido incurrir, en los términos y dentro de los límites y porcentajes específicos establecidos en las Condiciones Particulares.**

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. En partos o cesáreas el límite incluye: honorarios médicos, matronas, anestesistas, utilización de quirófano, material y medicamentos, estancias en U.V.I. o U.C.I. maternas, 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. En el caso de que las intervenciones quirúrgicas realizadas tengan asignado un grupo de dificultad diferente según la clasificación de la Organización Médica Colegial, se tendrá en cuenta, para determinar el límite de capital asegurado, el grupo de dificultad superior.

Los importes reflejados en las facturas por utilización de técnicas quirúrgicas especificas, siempre que sean objeto de cobertura

asegurada por esta póliza, (laparoscopia, 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, desde el lugar donde se encuentre el asegurado hasta aquel hospital donde reciba una asistencia urgente, siempre que el estado físico del asegurado impida su traslado por otro medio ordinario (taxi, vehículo particular, etc.) y siempre previa prescripción de un médico.**

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.

- 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, enfermero, 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.

La documentación anteriormente mencionada es imprescindible para el cobro del reembolso, salvo que no haya sido posible entregarla por causas ajenas a la voluntad del Tomador del Seguro, del Asegurado, de sus familiares o causa 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.

SANITAS garantiza al Asegurado, dentro de los límites y condiciones estipulados por la póliza, el reembolso de los gastos médicos razonables por la asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria que proceda, en toda clase de enfermedades o lesiones cubiertas por la póliza con el alcance establecido en las presentes Condiciones Generales, en las Condiciones Particulares y en la presente Cobertura de Reembolso.

Por gastos razonables y usuales se entienden aquellos derivados de la asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria, cuyos importes no superan los precios normalmente aplicados por el otros profesionales o centros médicos que realicen actividad equivalente mismo

profesional o centro médico, ni por otros de características similares en la misma zona geográfica, para un tratamiento equivalente.

Una vez recibida toda la documentación requerida, y efectuadas las comprobaciones oportunas para establecer la existencia del siniestro, SANITAS rembolsará 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.

3. Consultas médicas a distancia

El Asegurado podrá acceder a determinados facultativos y especialidades del cuadro médico concertado para recibir una atención médica personalizada a través de los servicios de videoconsulta y de consulta telefónica, en adelante "Las consultas médicas a distancia".

Además, el Asegurado podrá acceder a un servicio de Urgencias 24 horas a través de videoconsulta.

3.1. Descripción:

- El servicio será prestado por especialistas médicos seleccionados por SANITAS dentro del Cuadro Médico concertado de SANITAS.

- SANITAS informará en cada momento en www.sanitas.es de las especialidades y profesionales a los que se podrá acceder a través de las consultas médicas a distancia.

- Estos servicios se prestarán siempre a través de cita previa y estarán sujetos a los horarios de atención del médico, estos horarios podrán ser consultados por el Asegurado en Mi Sanitas. Como excepción a lo anteriormente indicado, aquellas atenciones de Urgencia que puedan ser prestadas a través del servicio de videoconsulta no requerirán de cita previa. Para aquellas urgencias que por su naturaleza no puedan ser atendidas a través de los servicios ya indicados, el Asegurado tiene a su disposición los servicios de Urgencia del cuadro médico concertado por SANITAS.

- Servicio acompañado de la funcionalidad de mensajería online durante las consultas médicas a distancia y de forma posterior en caso de que el médico lo considere oportuno.

- Durante las consultas médicas a distancia se puede realizar intercambio de documentación médica que podrá ser archivada en la Carpeta de Salud de Mi Sanitas en www.sanitas.es.

- SANITAS ha adoptado los medios técnicos legalmente exigidos para garantizar la debida confidencialidad de la información intercambiada mediante esta modalidad.

- Con la finalidad de garantizar dicha confidencialidad se prohíbe la grabación o fijación en cualquier soporte de la captación de imágenes y sonido de las consultas médicas a distancia. Queda igualmente prohibido copiar, reproducir, distribuir, difundir, poner a disposición de terceros o de cualquier otra forma comunicar públicamente, transformar o modificar, total o parcialmente y por cualquier medio ya sea electrónico o cualquier otro, la imagen o sonido obtenidos o producidos durante dichas consultas sin consentimiento expreso y escrito del propio facultativo interviniente o de Sanitas S.A. de Hospitales. No obstante lo anterior, el facultativo podrá conservar copia de la consulta médica a distancia a

los efectos de conservarla con la documentación clínica.

- El servicio será prestado exclusivamente a aquellos Asegurados que figuren expresamente dados de alta como tales en la póliza. Con la única excepción de la consulta médica a distancia en Urgencias 24 horas, cada Asegurado deberá solicitar una cita para recibir el servicio. La consulta médica a distancia deberá ser individual para cada Asegurado.

- Si el Asegurado es menor de 18 años la consulta médica a distancia únicamente se realizará previa autorización del representante legal del menor.

- El Asegurado deberá disponer y será responsable de todos los medios técnicos (hardware y software) y de comunicación a distancia necesarios para garantizar el correcto desarrollo de la consulta médica a distancia. SANITAS no es responsable de ningún perjuicio que pueda ocasionarse por fallos de los dispositivos electrónicos, de la conexión o de las carencias de estos medios por parte del Asegurado.

- Esta modalidad de consulta solo constituye una ayuda en la toma de decisiones por parte del facultativo, no sustituye a la consulta médica presencial y no permite realizar el diagnóstico de enfermedades o la prescripción de pruebas diagnósticas o tratamientos médicos en todos los casos que precisen, según el criterio del médico, de la presencia del Asegurado en la consulta para su evaluación personal y directa incluyendo la exploración física del Asegurado por el especialista. Los resultados de la consulta presencial prevalecerán en todo caso sobre cualesquiera valoraciones y criterios realizados en la consulta médica a distancia.

- **No son objeto de cobertura aquellas consultas realizadas a través de consultas médicas a distancia por profesionales que no hayan sido expresamente autorizados por SANITAS para atender a los Asegurados por consultas médicas a distancia y ello con independencia de que pertenezcan o no al cuadro médico concertado por SANITAS para este producto.**

3.2. Procedimiento:

- Con la única excepción de la consulta médica a distancia en Urgencias 24 horas, el Asegurado solicitará cita en este servicio a través de Mi Sanitas en www.sanitas.es o a través de la App móvil.

- En la fecha y hora de la cita el Asegurado deberá conectarse a Mi Sanitas para establecer contacto con el médico e iniciar la consulta médica a distancia siguiendo las demás instrucciones facilitadas por SANITAS en cada momento.

Cláusula VI: Otros aspectos del 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 salvo el coste de los servicios, en su caso, efectivamente prestados.**

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. Edad máxima de contratación

La edad máxima de contratación es 64 años. Tan solo podrán incluirse en concepto de Asegurados en la póliza quienes a la fecha de inclusión tengan una edad por debajo de los 64 años, salvo pacto en contrario y sin perjuicio de la edades máximas que se puedan fijar en su caso para las distintas coberturas adicionales o complementarias de esta Póliza.

3. Duración del seguro

3.1. 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.

3.2. 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 **o salvo que la extinción de la póliza sea motivada por dolo o culpa grave del Asegurado.**

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 encontrara 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.

3.3. 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. SANITAS podrá requerir al Asegurado aquella documentación expedida por las autoridades españolas competentes que considere necesaria para acreditar su residencia en España como por ejemplo un certificado de residencia fiscal.

c) Por cualquier actuación del Asegurado frente al personal asistencial o administrativo que pueda atentar contra el derecho al honor y dignidad personal o pueda ser constitutiva de delito.

3.4. 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.

4. Primas del seguro

4.1. 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 firmado el Contrato y satisfecho el primer recibo de prima.

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

4.3. 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.

4.4. 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.

4.5. 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.

4.6. 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.

4.7. 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.

4.8. El Tomador del Seguro, recibida la comunicación de SANITAS relativa a la **variación de la prima para la siguiente anualidad, podrá optar entre aceptar la prórroga del Contrato de Seguro por el**

importe de prima propuesto por el Asegurador o la extinción del mismo al vencimiento del periodo del Seguro en curso, debiendo en este último caso comunicar por escrito a SANITAS, con al menos un mes de antelación a dicha fecha de vencimiento, su voluntad de darlo por terminado.

4.9. 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.

5. 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 el caso de que el asegurado sea solamente el padre: en ningún caso quedarán cubiertos los gastos producidos antes del alta hospitalaria tras el nacimiento tanto de la madre como del recién nacido.

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.

En caso de gestación por sustitución (gestación subrogada) el Tomador deberá comunicar a SANITAS la inclusión del menor como Asegurado en la póliza en el plazo de 30 días naturales desde el día que el menor conste inscrito debidamente en el Registro Civil español como hijo del o de los Asegurado/s. **La cobertura asegurada entrará en vigor a partir de la fecha de inclusión del Asegurado en la póliza y no se cubrirán los gastos producidos antes de la fecha de inclusión del asegurado en la póliza y en ningún caso quedarán cubiertos los gastos producidos antes del alta hospitalaria tras el nacimiento tanto de la madre como del recién nacido.**

6. 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.

7. Reclamaciones

7.1. 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, Comercio y Empresa.

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 firmado facilitando el DNI o documento que acredite la identidad 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 a 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 se 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 mediante escrito firmado facilitando el DNI o documento que acredite la identidad del reclamante, ante **el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, en soporte papel o por vía telemática con firma electrónica, a través de la página web de ese organismo**. 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, 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.

7.2. 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).

8. Otros aspectos legales a tener en cuenta

8.1. 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.

8.2. Forma de aceptación de las Condiciones

SANITAS remitirá un correo electrónico al Tomador a su dirección facilitada en la solicitud, en el que figurará un enlace que le permitirá registrarse en la Web y elegir una Clave identificativa de seguridad.

Las comunicaciones efectuadas por un corredor de seguros en nombre del Tomador, surtirán los mismos efectos que si las realizara el propio Tomador, salvo indicación en contrario de éste último.

Obtenida su Clave identificativa, el Tomador deberá acceder a www.sanitas.es, donde estarán disponibles las Condiciones Generales y Particulares de su póliza, que deberá aceptar mediante un código que recibirá en el teléfono móvil cuyo número haya facilitado en la solicitud de seguro. A todos los efectos, la utilización del código equivaldrá jurídicamente a la firma autógrafa del Tomador. **SANITAS podrá denegar la cobertura asegurada en caso de no aceptar el Tomador las condiciones de la Póliza.**

8.3. Comunicaciones

8.3.1. 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.**

8.3.2. Las comunicaciones de SANITAS al Tomador del Seguro, al Asegurado o Beneficiario, se realizarán a la dirección física, electrónica o al número de teléfono facilitado por el Tomador para cada uno de ellos en el momento de realizar la solicitud del seguro, mientras éstos no comuniquen 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.

8.3.3. El Tomador autoriza a SANITAS a que utilice su nº de teléfono móvil y su dirección de correo electrónico para remitirle las notificaciones, comunicaciones e información relacionada con su póliza, y solicitar su consentimiento/autorización para determinadas prestaciones médicas, siempre que la ley lo permita, por medios electrónicos.

8.3.4. El Tomador acepta la plena validez y eficacia de cualquier notificación remitida por SANITAS a su domicilio, correo electrónico o teléfono facilitados en la solicitud de seguro, mientras no comunique su cambio.

8.3.5. El Tomador acepta los anteriores términos en su nombre y en el de los asegurados de la póliza.

8.4. SANITAS garantiza a los asegurados la libertad de elección del prestador del servicio, dentro de los límites y condiciones establecidos en la Póliza. En este sentido, SANITAS pone a disposición del Asegurado una amplia relación de prestadores de servicios que garantice una efectiva libertad de elección.

SANITAS responde de la efectiva cobertura asegurada de la Póliza, en los términos y dentro de los límites pactados en la misma, correspondiendo a los profesionales o centros sanitarios prestadores del servicio, libremente seleccionados por el Asegurado, responder, frente a éste, de la correcta realización de los actos médicos efectuados bajo dicha cobertura asegurada.

9. Cláusula de protección de datos

Se van a tratar los datos de carácter personal, entre otros, datos identificativos y de salud (en adelante, "**Datos Personales**") del Solicitante, el Tomador y los Asegurados (en adelante "**Interesados**"), proporcionados a través de la solicitud del seguro, además de aquellos recogidos y proporcionados durante la vigencia del contrato. Los Datos Personales son confidenciales y están adecuadamente protegidos. El Solicitante y/o Tomador garantiza que toda la información relativa al Tomador y Asegurado(s) que facilite a SANITAS es cierta y no ha omitido dato alguno sobre el estado de salud de cada uno de los Asegurados. El Solicitante será el único responsable de cualquier daño o perjuicio, directo o indirecto, que pudiera ocasionar a Sanitas o a cualquier tercero a causa de documentación facilitada a SANITAS con datos falsos, inexactos, incompletos y/o no actualizados.

El Tomador se hace responsable de comunicar a todos los Asegurados incluidos en la póliza la información contenida en la presente cláusula de tratamiento de Datos Personales para que puedan ejercitar tanto el propio Tomador como los Asegurados los derechos que se describen en el apartado "Derechos del Tomador/Asegurado".
Asimismo, el Solicitante/Tomador declara actuar en su nombre y en el de los Asegurados cuando consiente a los tratamientos descritos en la presente cláusula. Asimismo, el Solicitante/Tomador declara que los Asegurados entienden y aceptan que éste haya proporcionado o proporcione sus Datos Personales a Sanitas, como que Sanitas facilite al Solicitante/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.

En caso de tratarse de una póliza colectiva, la entidad cliente de Sanitas (que podrá coincidir en algunos casos con la figura del Tomador) y Sanitas podrán comunicarse, de forma puntual y cuando resulte estrictamente necesario, los datos identificativos de los Asegurados mínimos e imprescindibles para, exclusivamente, verificar que éstos ostentan las características que les permiten beneficiarse de la póliza acordada entre la entidad cliente de Sanitas y Sanitas, y/o controlar la siniestralidad y acordar consecuentemente la prima de seguro que deba ser aplicada. La entidad cliente de Sanitas se hace responsable de comunicar esta circunstancia a todos los Asegurados.

Dicho tratamiento de datos resulta necesario para la correcta ejecución y desarrollo del contrato de seguro.

9.1. Responsable del tratamiento de sus Datos Personales

El responsable del tratamiento de los Datos Personales es SANITAS, SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS, con domicilio social en la C/ Ribera del Loira, 52, 28042, Madrid, España (en adelante, "**Sanitas**"). Los Interesados podrán ponerse en contacto con el Delegado de Protección de Datos (en adelante, "DPO") del Grupo Sanitas a través del correo electrónico “dpo@sanitas.es” o en la referida dirección postal para cualquier duda o necesidad que tuvieren en materia de protección de datos personales.

9.2. Finalidades principales y legitimación del tratamiento de los Datos Personales

(a) **Formalización, desarrollo y ejecución del contrato de seguro**. El tratamiento de los Datos Personales es necesario para la celebración del contrato entre el Solicitante/Tomador/Asegurado y Sanitas, así como, para el mantenimiento, desarrollo y ejecución de la relación contractual, consistente, entre otros, en gestionar y dar apoyo en el cuidado de la salud de los Interesados. Así, Sanitas tratará los Datos Personales, de los Interesados, entre otros, para gestionar la relación con éstos, gestionar la póliza etc. pudiendo, en determinados casos llegar a tomar decisiones automatizadas con base únicamente en los procedimientos de análisis para tales fines. En estos supuestos, los Interesados tendrán derecho a la revisión e impugnación de la decisión, así como a solicitar intervención humana, a través de los canales referidos en el apartado “Derechos de Tomador/Asegurado”. Sanitas podrá tratar los Datos Personales, incluidos datos de salud, para realizar encuestas de satisfacción sobre servicios recibidos como consecuencia de la relación contractual así como la gestión del coaseguro en su caso. Esta finalidad se basa en la necesidad del tratamiento para la ejecución de las presentes condiciones y para la gestión de los sistemas y servicios de asistencia sanitaria y social.

(b) **Análisis de la solvencia económica**. Sanitas podrá tratar los Datos Personales identificativos del Solicitante/Tomador para consultar sistemas de ficheros de información crediticia como medida para analizar su solvencia económica, así como para prevenir y detectar posibles conductas fraudulentas, en base al interés legítimo de Sanitas en adoptar las medidas necesarias para identificar y gestionar lo anterior.

(c) **Análisis técnicos**. Sanitas podrá tratar Datos Personales para llevar a cabo análisis estadísticos sobre el funcionamiento de la tecnología que da soporte a los servicios prestados, para poder realizar mejoras técnicas, de seguridad, etc. Para ello, Sanitas podrá usar la información que generes al usar los recursos tecnológicos que ponemos a tu alcance para poder mejorar la calidad, corregir errores, mejorar la usabilidad, etc., en base al interés legítimo de Sanitas en mejorar la calidad de los recursos tecnológicos.

(d) **Gestión de la prestación y cobertura del servicio asistencial objeto del contrato de seguro**, pudiendo a tal fin solicitar y obtener de los profesionales sanitarios información referente a su salud. Sanitas tratará los Datos Personales del Tomador/Asegurado para gestionar la prestación de los servicios objeto del contrato consistentes entre otros, en el adecuado abono a los prestadores sanitarios o el reintegro al asegurado o sus beneficiarios de los gastos de asistencia sanitaria. Con tal finalidad podrá compartir Datos Personales, incluidos datos de salud, con los profesionales sanitarios que presten el servicio asistencial, solicitando y obteniendo de dichos profesionales información referente a su salud, en particular para valorar las coberturas y el adecuado abono o reintegro de los servicios prestados. Asimismo, como parte de la gestión de la prestación y

cobertura del servicio asistencial objeto del contrato consistente, entre otros, en apoyar al Tomador/Asegurado en el cuidado de su salud, Sanitas podrá elaborar perfiles con base en sus Datos Personales, incluidos datos de salud, para hacer llegar información personalizada como por ejemplo, indicaciones y consejos que ayuden al Tomador/Asegurado a cuidar de su salud. Esta finalidad se basa en la necesidad del tratamiento para la ejecución de las presentes condiciones y para la gestión de los sistemas y servicios de asistencia sanitaria y social.

(e) **Investigación para el diseño de modelos asistenciales objeto del contrato de seguro**. Sanitas podrá tratar los Datos Personales, incluyendo datos de salud, del Tomador/Asegurado para elaborar perfiles que permitan a Sanitas diseñar modelos asistenciales de conformidad con dichos perfiles a efectos de prevención de salud del Tomador/Asegurado como parte del objeto del contrato de seguro. Esta finalidad se basa en la necesidad del tratamiento para la ejecución de las presentes condiciones y para la gestión de la prestación de asistencia o tratamiento de tipo sanitario.

(f) **Ofrecimiento y gestión de programas asistenciales y de prevención objeto del contrato de seguro**. Sanitas, como parte de su apoyo al cuidado de la salud del Tomador/Asegurado y gracias a los análisis y perfiles llevados a cabo, ofrecerá al Tomador/Asegurado los programas asistenciales y de prevención diseñados de conformidad con lo descrito en el apartado anterior. El ofrecimiento y gestión de los programas asistenciales y de prevención se llevará a cabo teniendo en cuenta las características y necesidades específicas del Tomador/Asegurado. Por tanto, Sanitas necesitará tratar los Datos Personales de éstos, incluyendo sus datos de salud, con el fin de poder ofrecer y gestionar distintos modelos asistenciales que se adapten específicamente al Tomador/Asegurado. Esta finalidad se basa en la necesidad del tratamiento para la ejecución de las presentes condiciones y para la gestión de la prestación de asistencia o tratamiento de tipo sanitario.

(g) **Gestionar la prestación del servicio de promoción de salud objeto del contrato de seguro**. Como parte del apoyo al cuidado de la salud que da Sanitas en virtud de la relación contractual existente, Sanitas necesita tratar los Datos Personales del Tomador/Asegurado con el fin de gestionar el diseño de planes de gestión de salud específicos para cada Tomador/Asegurado. Para tal fin, Sanitas, como consecuencia del perfilado realizado con base en los Datos Personales del Tomador/Asegurado, gestiona la elaboración de planes de salud personalizados y programas de seguimiento proactivos, apoya la gestión de los casos complejos (como enfermedades graves u hospitalizaciones prolongadas), gestiona la prestación de asistencia a pacientes crónicos y gestiona también la atención de urgencias. Esta finalidad se basa en la necesidad del tratamiento para la ejecución de las presentes condiciones y para la gestión de la prestación de asistencia o tratamiento de tipo sanitario.

(h) **Gestionar el acceso y uso de la herramienta "Mi Sanitas" puesta a disposición como consecuencia del contrato de seguro.** Sanitas podrá tratar los Datos Personales del Tomador/Asegurado con el fin de gestionar y proporcionarle acceso, así como asegurar el correcto funcionamiento, de "Mi Sanitas" (portal de gestión del seguro), ya sea a través de la web o de la aplicación desarrollada a tal efecto. Sanitas, en el contexto del uso de "Mi Sanitas", tratará los Datos Personales para, entre otros, ofrecer le recomendaciones de salud, poner a disposición del Tomador/Asegurado los recibos y reembolsos, gestionar sus citas, etc. Esta finalidad se basa en la necesidad del tratamiento para la ejecución de las presentes condiciones y para la gestión de los sistemas y servicios

de asistencia sanitaria y social. Además, Sanitas pone a disposición del Tomador/Asegurado un servicio de "Carpeta de Salud" (accesible a través de "MiSanitas") para que pueda solicitar la cesión y archivo de Datos Personales, incluyendo datos de salud, (p.ej. informes médicos o pruebas diagnósticas) en una herramienta para el uso exclusivo del Tomador/Asegurado. No obstante, si el Tomador/Asegurado decide utilizar este servicio, se le proporcionará información de privacidad de manera separada.

(i) **Gestionar la prestación del servicio de video consulta por parte de Sanitas.** Sanitas tratará, y en su caso cederá a terceros designados por el Tomador/Asegurado, sus Datos Personales para prestar el servicio de video consulta, chat u otros puesto a disposición por Sanitas en la medida en que forme parte de las prestaciones del seguro del Tomador/Asegurado. De esta manera, Tomador/Asegurado podrá, a través de los programas y aplicaciones descargadas al efecto, comunicarse con el personal sanitario de manera no presencial y aportar documentación con el fin de resolver cualquier duda que pudiera surgir al Tomador/Asegurado en el contexto de los servicios de asistencia médica prestados por Sanitas. Esta finalidad se basa en la necesidad del tratamiento para la ejecución de las presentes condiciones y para la gestión de los sistemas y servicios de asistencia sanitaria y social.

Asimismo, Sanitas podrá gestionar la grabación de las video consultas que tengan lugar como consecuencia del uso del servicio de "Urgencias 24 horas" con la finalidad de poder gestionar eventuales reclamaciones en relación al servicio recibido a través de la video consulta por el Tomador/Asegurado, en base a la necesidad del tratamiento para la finalidad referida y para la satisfacción del interés legítimo de Sanitas en conservar la documentación que permita atender las consultas y eventuales reclamaciones del Tomador/Asegurado. Sanitas podrá igualmente gestionar la grabación de las video consultas que no se realicen en el marco del servicio de "Urgencias 24 horas" con la finalidad de mejorar la calidad del servicio prestado, siempre y cuando cuente con su consentimiento.

(j) **Gestión del riesgo actuarial**. Sanitas necesitará tratar los Datos Personales del Tomador/Asegurado, incluyendo datos de salud, con el fin de llevar a cabo un análisis estadístico-actuarial tanto para la determinación del riesgo asociado como para la tarificación de las pólizas de los clientes y potenciales clientes ya sea con carácter previo a la suscripción del contrato de seguro o durante la vigencia del mismo en atención a las nuevas circunstancias del Asegurado o al cambio de la base actuarial. Esta finalidad es lícita al ser necesario el tratamiento para el cumplimiento de una obligación legal, que impone la normativa reguladora de las entidades aseguradoras y reaseguradoras; y para la gestión de los sistemas y servicios de asistencia sanitaria y social.

(k) **Grabar las conversaciones telefónicas que mantengan los Interesados con Sanitas en relación con la presente póliza**. Dicha grabación se llevará a cabo para su utilización en los procesos de control de calidad de Sanitas, con la finalidad de mejorar la calidad del servicio prestado a los Interesados, en base al interés legítimo de Sanitas mantener procesos de control de calidad y para la gestión de los sistemas y servicios de asistencia sanitaria y social. Asimismo, Sanitas podrá utilizar estas grabaciones, 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, en base al interés legítimo de Sanitas en formular, ejercer y/o asegurar la defensa de reclamaciones, y a la necesidad del tratamiento para asegurar lo anterior. El Interesado podrá solicitar a Sanitas copia o trascripción escrita del contenido de las conversaciones grabadas entre ambos a través de los canales indicados en el apartado "Derechos de los Interesados".

(l) **Cumplimiento de obligaciones que le correspondan a Sanitas por mandato legal.** En determinadas ocasiones, Sanitas necesitará tratar los Datos Personales del Solicitante y/o Tomador/Asegurado para cumplir con determinadas obligaciones establecidas legalmente. Entre otras, Sanitas tratará los Datos Personales con el fin de cumplir con las obligaciones establecidas en la normativa relativa a seguros, leyes tributarias y la normativa en materia de protección de datos de carácter personal vigente. Esta finalidad es lícita al ser necesario el tratamiento para el cumplimiento de obligaciones legales aplicables a Sanitas; y para la gestión de los sistemas y servicios de asistencia sanitaria y social.

(m) **Elaboración de perfiles con fines de mercadotecnia y mejora comercial de los servicios prestados por Sanitas.** Para poder ofrecer al Solicitante y/o Tomador/Asegurado los productos y servicios que mejor se adapten a sus intereses y necesidades, Sanitas podrá elaborar perfiles con base en los Datos Personales del Solicitante y/o Tomador/Asegurado, incluyendo sus datos de salud, con el objetivo de que su experiencia con Sanitas esté lo más orientada posible a ellos y poder seguir personalizándola durante la prestación del servicio objeto del contrato de seguro. Estos perfiles se definirán en función de los Datos Personales de los Interesados de los que dispone Sanitas, por ejemplo el tipo de seguro contratado, que permitirán a Sanitas seleccionar los productos o servicios que se adapten al Interesado, y pudiendo así personalizar su experiencia. En particular, lo anterior se llevará a cabo para:

- La gestión y envío de comunicaciones comerciales basadas en el perfil del Solicitante y/o Tomador/Asegurado por cualquier canal, incluido por vía electrónica sobre productos y servicios similares al contrato de seguro. Esta finalidad es lícita en base al interés legítimo de Sanitas en informar de los servicios, novedades, promociones, etc. que mejor se adaptan al perfil del Solicitante y/o Tomador/Asegurado, relacionadas con los servicios contratados y para la gestión de los sistemas y servicios de asistencia sanitaria y social. En caso de que no se haya contratado un seguro con Sanitas, la finalidad es lícita en base al consentimiento del interesado, ya que el tratamiento se realizará con autorización previa.
- El envío de comunicaciones comerciales basadas en el perfil del Solicitante y/o Tomador/Asegurado por cualquier canal incluido por vía electrónica sobre nuevos productos y servicios. La finalidad es lícita en base al consentimiento del interesado, ya que el tratamiento se realizará con autorización previa.
- El envío por parte de Sanitas de comunicaciones comerciales basadas en el perfil del Solicitante y/o Tomador/Asegurado por cualquier canal, incluido por vía electrónica sobre productos y servicios de terceros. La finalidad es lícita en base al consentimiento del interesado, ya que el tratamiento se realizará con autorización previa.
- La anticipación a las necesidades de salud del Tomador/Asegurado, para mejorar los servicios que se le prestan y ofrecen, incluyendo por ejemplo la detección del momento en que es necesario aumentar los recursos para la atención personalizada del Tomador/Asegurado. Esta finalidad es lícita en base al interés legítimo de Sanitas en ofrecer los mejores servicios posibles apoyando al Tomador/Asegurado en el cuidado de su salud, y la necesidad del tratamiento la gestión de los sistemas y servicios de asistencia sanitaria y social.

(n) **Llevar a cabo procedimientos de anonimización y seudoanonimización de sus Datos Personales, incluyendo datos personales de salud, con fines de mercadotecnia, de mejora de la relación con el Tomador/Asegurado, y de investigación científica y/o estadística.** En ocasiones, Sanitas podrá aplicar

ciertos procedimientos sobre los Datos Personales del Tomador/Asegurado de manera que o bien no sea posible encontrar una relación entre una persona física identificada o identificable y los Datos Personales tratados o bien, dichos Datos Personales no puedan atribuirse a una persona determinada sin utilizar información adicional que figure por separado. Dichos procedimientos se aplicarán para poder tratar los datos anonimizados o seudoanonimizados con fines de investigación científica o estadística, o con el fin de poder conocer las tendencias del estado de salud de los individuos, establecer patrones de enfermedades, etc., así como para entender qué servicios pueden encajar mejor a determinados colectivos y poder ponerlo en su conocimiento. Este tratamiento es lícito en base al interés legítimo de Sanitas y su necesidad para la gestión de los sistemas y servicios de asistencia sanitaria y social, así como en base a su necesidad para fines de investigación científicas y/o estadística.

(o) **Ceder los Datos Personales de los Interesados a Empresas del Grupo**, para:

- El envío de comunicaciones comerciales sobre productos y servicios de dichas empresas del grupo basadas en el perfil del Solicitante y/o Tomador/Asegurado por cualquier vía, incluyendo vía electrónica, en base al consentimiento otorgado por el Interesado.
- La anticipación a las necesidades de salud del Tomador/Asegurado, elaborando las empresas del Grupo perfiles y llevando a cabo análisis estadísticos con el fin de mejorar los servicios prestados por las entidades del Grupo y poder ofrecérselos al Tomador/Asegurado, en función de sus características particulares, en base al consentimiento otorgado por el Interesado.
- Fines administrativos internos, en base al interés legítimo de Sanitas en transmitir datos personales dentro de su grupo empresarial con este fin, que incluye el tratamiento de Datos Personales.

(p) **Ceder Datos Personales a terceras empresas.** Sanitas podrá ceder los Datos Personales del Interesado a cualquier otra entidad con la que establezcan vínculos de colaboración para la efectividad de las relaciones contractuales con el Interesado. En particular, las categorías de destinatarios, identificadas en la Información Adicional, que podrán recibir los Datos Personales serán, entre otras, entidades co/aseguradoras y reaseguradoras, corredores de seguros, entidades con las que se establezca un vínculo comercial, profesionales sanitarios, centros médicos y hospitales. Las cesiones se realizarán para:

- Fines de reaseguro de riesgo, en base al interés legítimo de Sanitas en gestionar el riesgo asumido, y a la necesidad del tratamiento para la gestión de los sistemas y servicios de asistencia sanitaria y social.
- El envío de comunicaciones comerciales basadas en el perfil del Solicitante y/o Tomador/Asegurado por cualquier canal, incluido por vía electrónica sobre productos y servicios de terceros, en base al consentimiento otorgado por el Interesado.
- Analizar el uso de las páginas webs y aplicaciones de Sanitas, en base al consentimiento otorgado por el Interesado.

9.3. Procedencia de los Datos Personales

El origen de los Datos Personales tratados por Sanitas puede variar en cada caso. En particular, Sanitas podrá tratar los Datos Personales, incluyendo datos de salud que (i) el Solicitante/Tomador y/o Asegurado(s) facilite a través de los formularios correspondientes; (ii) se hayan generado como consecuencia de la prestación del servicio de Sanitas y; (iii) Sanitas haya obtenido a través de corredores, agentes de seguros o terceros colaboradores.

9.4. Tiempo de conservación de los Datos Personales

Sanitas tratará los Datos Personales de los Interesados y los conservará por el tiempo que dure la relación contractual entre Sanitas y el Tomador y/o Asegurado y/o hasta que expiren las obligaciones legales que resulten aplicables. Para aquellas finalidades que el Interesado haya consentido al tratamiento de sus Datos Personales o para las que exista la posibilidad de oponerse, Sanitas dejará de tratar, para esa finalidad en particular, los Datos Personales inmediatamente después de la retirada de consentimiento u ejercicio de oposición. Todo lo anterior se entiende sin perjuicio de la conservación posterior que resulte necesaria para la formulación, el ejercicio o la defensa de potenciales reclamaciones, para cumplir con obligaciones de conservación de documentación clínica, siempre que lo permitiese la legislación aplicable o para poner los Datos Personales a disposición de jueces y tribunales, el Ministerio Fiscal o las Administraciones Públicas. Durante este periodo adicional, Sanitas conservará los Datos Personales de forma bloqueada. Una vez finalizado el mencionado plazo, Sanitas se compromete a cesar el tratamiento de todos los datos personales. No obstante todo lo anterior, los Datos Personales podrán conservarse cuando resultase necesario durante periodos más largos siempre que se traten exclusivamente con fines de asistencia sanitaria, fines médicos, de investigación científica y/o estadística y atendiendo al caso concreto.

9.5. Acceso a los Datos Personales

Una óptima prestación del servicio que Sanitas ofrece puede requerir que otros **terceros prestadores de servicios** de Sanitas accedan a los Datos Personales de los Interesado como encargados del tratamiento. Los Interesados entienden que algunos de dichos prestadores de servicios se encuentran en países situados fuera del Espacio Económico Europeo o que no ofrecen un nivel de seguridad equivalente al español. Para asegurar que los Datos Personales se tratan con un nivel de protección equivalente al que ya existe, Sanitas ha adoptado las garantías apropiadas. Dichas transferencias internacionales se realizan al amparo de una decisión de adecuación de la Comisión Europea, de garantías adecuadas reconocidas por la normativa (como cláusulas contractuales tipo), o de la autorización de la Agencia Española de Protección de Datos, cumpliendo con las medidas de seguridad adecuadas. Puede consultar más información en el apartado Transferencias Internacionales de datos de la Información Adicional. Para obtener una copia de dicha autorización, puede ponerse en contacto con Sanitas por los medios establecidos en el apartado “Derechos de los Asegurados”.

Además de los accesos que terceros proveedores puedan tener a los Datos Personales responsabilidad de Sanitas en calidad de encargados de tratamiento, nacionales o internacionales, en el marco de la prestación de un servicio, Sanitas realizará cesiones de Datos Personales a otras entidades, tal y como se ha especificado en el apartado “Finalidades principales y legitimación del tratamiento de los Datos Personales”.

Además de lo anterior los Interesados entienden que Sanitas podrá realizar cesiones o comunicaciones de Datos Personales para atender sus obligaciones con las Administraciones Públicas en los casos que así se requiera de acuerdo con la legislación vigente en cada momento y, en su caso, igualmente a otros órganos como Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado y a los Órganos Judiciales. Asimismo, el Tomador/Asegurado entiende que Sanitas puede solicitar, requerir y compartir sus Datos Personales y de salud a los profesionales o centros sanitarios, hospitales y, por otro lado, con entidades con las que se mantenga relación de co/reaseguro o colaboración, y por tanto entiende que será necesario que se faciliten recíprocamente sus Datos Personales, para la gestión del reaseguro, coaseguro, gestión 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 Tomador/Asegurado de los gastos de asistencia sanitaria y para la atención de las

reclamaciones presentadas por los propios Tomadores/Asegurados.

9.6. Derechos de los Interesados

Sanitas informa a los Interesados sobre la posibilidad que les asiste de ejercitar los derechos de **acceso, rectificación, oposición, supresión, portabilidad y limitación del tratamiento** así como a rechazar el tratamiento automatizado de los Datos Personales recogidos por Sanitas. Dichos derechos podrán ser ejercitados gratuitamente por los Interesados, y en su caso por quien los represente, mediante solicitud escrita y firmada, pudiendo serle solicitada copia de su DNI o documento equivalente que acredite su identidad, dirigida a la siguiente dirección: Calle Ribera del Loira nº 52, 28042, Madrid, España, Att. LOPD Seguros. El Tomador/Asegurado podrá ejercer sus derechos también a través de Mi Sanitas http://www.sanitas.es/RGPD. También pueden los Interesados ejercitar sus derechos a través de los formularios habilitados para ello en la Información Adicional, en el apartado "Derechos ARCO". En este apartado también podrán encontrar una explicación más detallada de los derechos. En el caso de representación, deberá probarse la misma mediante documento escrito y acompañando copia del DNI o documento equivalente que acredite su identidad del representado u otra documentación acreditativa que se indique en el apartado "Derechos" en la Información Adicional.

Además de los anteriores derechos, los Interesados tendrán derecho a **retirar el consentimiento otorgado** en cualquier momento mediante el procedimiento antes descrito, sin que dicha retirada de consentimiento afecte a la licitud del tratamiento anterior a la retirada del mismo. Sanitas podrá continuar tratando los Datos Personales de los Interesados en la medida en que la ley aplicable lo permita. Sanitas recuerda a los Interesados que tienen derecho a **presentar una reclamación ante la autoridad de control** pertinente.

No obstante lo anterior, Sanitas informa al Interesado que tiene a su disposición un sistema de resoluciones de conflicto interno en el que el Delegado de Protección de Datos adopta un rol activo como mediador tratando de gestionar de la manera más ágil posible, cualquier reclamación que el Interesado envíe a la dirección postal o de correo electrónica indicada en el apartado "Responsable del Tratamiento de los Datos Personales". Sanitas anima al Interesado a ponerse en contacto con el Delegado de Protección de Datos con carácter previo a presentar una reclamación ante la autoridad de control pertinente.

9.7. Baja en el servicio del envío de comunicaciones comerciales

Tal y como se ha mencionado en el apartado anterior, el Interesado tiene derecho a revocar en cualquier momento el consentimiento prestado para el envío de comunicaciones comerciales notificando a Sanitas que no desea seguir recibiendo las mismas. Para ello, el Interesado podrá o bien revocar su consentimiento en la forma descrita en el apartado anterior o bien pinchar en el enlace incluido en cada comunicación comercial cancelando por tanto, el envío de comunicaciones comerciales electrónicas.

9.8. Menores de edad

Con carácter general, Sanitas solamente tratará los Datos Personales de menores de dieciocho años cuando sus padres o tutores legales hayan prestado su consentimiento para dicho tratamiento, sea necesario para la ejecución del contrato de seguro o para el cumplimiento de una obligación legal y/o para la satisfacción de un interés legítimo de Sanitas.
No obstante, de acuerdo con la normativa vigente, los mayores de 14 años (o aquella edad que pueda fijarse legalmente a estos efectos) tendrán derecho de acceso a su propia información médica y aquellos derechos que les reconozca la ley.

9.9. Información Adicional

Sanitas pone a disposición del Solicitante, Tomador y Asegurados Información Adicional

sobre el tratamiento de sus Datos Personales en www.sanitas.es/RGPD, en el apartado “Sanitas Seguros”, y les invita a consultarla.

9.10. Modificación de la Política de Privacidad

Sanitas podrá modificar su Política de Privacidad de acuerdo con la legislación aplicable en cada momento. En todo caso, cualquier modificación de la Política de Privacidad le será debidamente notificada al Interesado para que quede informado de los cambios realizados en el tratamiento de sus Datos Personales y, en caso de que la normativa aplicable así lo exija, el Interesado pueda otorgar su consentimiento.

10. Jurisdicción

Será Juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del Contrato del Seguro el del domicilio del Asegurado.

11. Prevención del blanqueo de capitales y de la financiación del terrorismo

SANITAS no asumirá ninguna prestación bajo la cobertura asegurada de esta póliza si ello supone una infracción de la normativa española, del Reino Unido, de la Unión Europea, de los Estados Unidos de América, o en general de las leyes internacionales, reservándose el derecho, en los casos que proceda, a dar de baja al Asegurado afectado por dicha infracción . Del mismo modo, podrá rechazar el alta de un nuevo Asegurado, si ello puede llegar a suponer la infracción de alguna de dichas normativas.

12. Cómo contactar con nosotros

Servicio de Atención al Cliente

91 752 28 52 / 93 362 34 49 / 900 906 210

Hecho por duplicado en Madrid a 05 de octubre de 2026

Por el Asegurado / Tomador del seguro

Por SANITAS

Javier Ibañez
Sanitas, S.A. de Seguros