

CONDICIONES GENERALES



Sanitas Sociedad Anónima de Seguros

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

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

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

C.I.F. A-28037042

ÍNDICE

Condiciones generales

Cláusula preliminar.....	6
Glosario de términos.....	7
Cláusula I: Objeto del seguro.....	11
Cláusula II: Coberturas.....	11
COBERTURAS PRINCIPALES DE LA PÓLIZA.....	11
1. Asistencia primaria.....	11
1.1. Medicina Familiar.....	11
1.2. Pediatría y Puericultura.....	11
1.3. Servicio de Enfermería.....	11
2. Urgencias.....	11
3. Especialidades médicas.....	12
3.1. Alergología.....	12
3.2. Análisis Clínicos.....	12
3.3. Anatomía Patológica.....	12
3.4. Anestesiología.....	12
3.5. Angiología y cirugía vascular.....	12
3.6. Aparato Digestivo.....	12
3.7. Cardiología.....	12
3.8. Cirugía Cardiovascular.....	12
3.9. Cirugía General y del Aparato Digestivo.....	12
3.10. Cirugía Maxilofacial.....	12
3.11. Cirugía Ortopédica y Traumatología.....	12
3.12. Cirugía Pediátrica.....	12
3.13. Cirugía Reparadora.....	12
3.14. Cirugía Torácica.....	12
3.15. Dermatología.....	12
3.16. Endocrinología y Nutrición.....	12
3.17. Geriátrica.....	12
3.18. Ginecología.....	12



3.19. Hematología y Hemoterapia.....	12
3.20. Medicina Interna.....	12
3.21. Medicina Nuclear.....	12
3.22. Nefrología.....	13
3.23. Neumología.....	13
3.24. Neurocirugía.....	13
3.25. Neurofisiología Clínica.....	13
3.26. Neurología.....	13
3.27. Oftalmología.....	13
3.28. Oncología Médica.....	13
3.29. Otorrinolaringología.....	13
3.30. Psiquiatría.....	13
3.31. Radiodiagnóstico-Diagnóstico por Imagen.....	13
3.32. Rehabilitación.....	14
3.33. Reumatología.....	14
3.34. Urología.....	14
4. Otros servicios asistenciales.....	14
4.1. Ambulancia.....	14
4.2. Fisioterapia.....	14
4.3. Logofoniatría.....	14
4.4. Odontoestomatología.....	14
4.5. Podología (exclusivamente Quiropodia).....	14
4.6. Psicología.....	14
4.7. Terapias respiratorias domiciliarias.....	15
4.8. Tratamiento del Dolor.....	15
5. Detección precoz de enfermedades.....	15
Cláusula III: Coberturas excluidas.....	16
Cláusula IV: Periodos de carencia.....	19
Cláusula V: Forma de prestar los servicios.....	20
Cláusula VI: Otros aspectos del seguro.....	22
1. Bases y pérdida de derechos del contrato.....	22
2. Duración del seguro.....	22
3. Primas del seguro.....	23
4. Aportación de informes.....	24
5. Reclamaciones.....	24
6. Otros aspectos legales a tener en cuenta.....	25

7. Otros.....	27
8. Jurisdicción.....	27

Cláusula preliminar

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

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

Glosario de términos

A los efectos del presente documento del Producto **Sanitas Básico** se entiende por:

TÉRMINOS ASEGURADORES

ACCIDENTE

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

ANTIGÜEDAD

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

ASEGURADO

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

BENEFICIARIO

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

COPAGO

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

CUESTIONARIO DE SALUD

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

DOLO

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

DOMICILIO DEL ASEGURADO

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

ENTIDAD ASEGURADORA

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

FRANQUICIA

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

PARTICIPACIÓN EN GASTOS

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

PLAZOS DE CARENIA

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

PÓLIZA

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

PREEXISTENCIA

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

PRESTACIÓN

Realización por SANITAS de las garantías comprometidas en la póliza.

PRIMA

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

SINIESTRO

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

TOMADOR DEL SEGURO

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

TÉRMINOS SANITARIOS

ASISTENCIA SANITARIA

Acto de atender o cuidar la salud de una persona.

ASISTENCIA SANITARIA HOSPITALARIA / CON HOSPITALIZACIÓN

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

ASISTENCIA SANITARIA HOSPITALARIA / EN HOSPITAL DE DIA

Es la asistencia sanitaria prestada en un centro sanitario en el que el paciente es internado por un número de horas inferior a 24 para que se le realicen los servicios necesarios que requieren personal especializado, salas técnicas especialmente preparadas o la utilización de aparatos médicos que deben ser manipulados dentro de instalaciones médicas.

ASISTENCIA SANITARIA SIN HOSPITALIZACIÓN / AMBULATORIA

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

ASISTENCIA POR MOTIVOS DE TIPO SOCIAL

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

CONSULTA

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

DIAGNÓSTICO

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

D.U.E./ENFERMERO/A.T.S.

Diplomado Universitario en Enfermería, o Asistente Técnico Sanitario legalmente capacitado y autorizado para desarrollar la actividad de enfermería.

ENFERMEDAD

Toda alteración del estado de salud, que no sea consecuencia de accidente o lesión, y cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por un profesional sanitario

legalmente reconocido, y que haga precisa la asistencia facultativa.

ENFERMEDAD CONGÉNITA

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

GUÍA ORIENTADORA DE MÉDICOS Y SERVICIOS

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

HABITACIÓN CONVENCIONAL

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

HOSPITAL

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

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

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

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

LESIÓN

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

MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS

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

MATERIAL ORTOPÉDICO

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

MÉDICO

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

MÉTODO TERAPÉUTICO COMPLEJO

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

Asimismo 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.

RECIÉN NACIDO

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

PARTO

Se define como la salida de uno (o más) recién nacidos y la(s) placenta desde el

interior de la cavidad uterina al exterior. El parto normal o a término es aquél que se produce entre la 37ª y la 42ª semana desde la fecha de la última menstruación. Los partos ocurridos antes de las 37 semanas se consideran partos prematuros y los que ocurren después de las 42 semanas se consideran partos post-término.

PATOLOGÍA ORGÁNICA

Lesión estructural en tejidos u órganos del cuerpo humano

PRÓTESIS

Todo elemento de cualquier naturaleza, que reemplaza temporal o permanentemente la ausencia de un órgano, tejido, fluido orgánico, miembro o parte de alguno de éstos. A título de ejemplo, tienen esa consideración los elementos mecánicos (sustituciones articulares) o biológicos (recambios valvulares cardiacos, ligamentos) lentes intraoculares, reservorios de medicamentos, etc.

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS/MÉTODOS TERAPÉUTICOS DE ALTA TECNOLOGÍA

Son aquellos para cuya prestación al paciente se requiere la asistencia de un profesional sanitario de mayor cualificación profesional y un apoyo técnico de equipamiento de mayor complejidad.

PSICOLOGÍA

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

SERVICIOS A DOMICILIO

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

SERVICIOS DE ASISTENCIA URGENTE

Asistencia en caso justificado tanto en el domicilio del Asegurado, como en cualquier

otro lugar del territorio nacional donde se encuentre el Asegurado, siempre que SANITAS tenga concertada la prestación de este servicio en dicho lugar. El servicio será prestado por médico de familia y/o A.T.S. o D.U.E.

TRATAMIENTO

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

URGENCIA

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

URGENCIA VITAL

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

Cláusula I: Objeto del seguro

Dentro de los límites y condiciones estipuladas en la Póliza, y previo pago por el Tomador del seguro de la prima correspondiente, copagos y franquicias que en su caso corresponda, SANITAS pone a disposición de sus asegurados, un amplio cuadro concertado de profesionales, para la realización de consultas médicas, pruebas diagnósticas y métodos terapéuticos básicos, 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. En todo caso, las coberturas aseguradas por esta póliza se prestarán exclusivamente en el Estado Español.

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

Cláusula II: Coberturas

COBERTURAS PRINCIPALES DE LA PÓLIZA

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

1. Asistencia primaria

Quedan cubiertas las consultas, pruebas diagnósticas y métodos terapéuticos básicos de las siguientes especialidades:

1.1. Medicina Familiar

Comprende la asistencia médica en consulta, indicación y prescripción de las pruebas y medios diagnósticos básicos (analítica y radiología general), durante los días y horas establecidos al efecto por el facultativo, y la asistencia médica a domicilio cuando por motivos que dependan sólo de la enfermedad que aqueje al Asegurado se encuentre impedido para trasladarse a la consulta del médico.

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

1.2. Pediatría y Puericultura

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

1.3. Servicio de Enfermería

Comprende la asistencia en consulta y a domicilio.

2. Urgencias

Comprende la asistencia sanitaria de las consultas, pruebas diagnósticas y métodos terapéuticos básicos que puedan ser requeridos por el asegurado en casos de urgencia vital que se prestará en los centros de urgencia permanente.

En caso justificado, se atenderá al Asegurado, en el lugar donde se encuentre, por los servicios permanentes de guardia, **únicamente en aquellas poblaciones en las**

que SANITAS tenga concertada la prestación de dicho servicio.

3. Especialidades médicas

Quedan cubiertas las consultas, pruebas diagnósticas y métodos terapéuticos básicos de las siguientes especialidades:

- 3.1. Alergología
- 3.2. Análisis Clínicos
- 3.3. Anatomía Patológica
- 3.4. Anestesiología
- 3.5. Angiología y cirugía vascular
- 3.6. Aparato Digestivo
- 3.7. Cardiología
- 3.8. Cirugía Cardiovascular
- 3.9. Cirugía General y del Aparato Digestivo
- 3.10. Cirugía Maxilofacial

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

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

- 3.11. Cirugía Ortopédica y Traumatología
- 3.12. Cirugía Pediátrica
- 3.13. Cirugía Reparadora
- 3.14. Cirugía Torácica
- 3.15. Dermatología

3.16. Endocrinología y Nutrición

3.17. Geriátrica

3.18. Ginecología

Incluye la planificación familiar por anovulatorios (consulta, tratamiento y revisión), la implantación de D.I.U. (**siendo por cuenta del Asegurado el coste del dispositivo**) así como el tratamiento de sus posibles complicaciones. Incluye el estudio y diagnóstico básico de la infertilidad y la esterilidad.

3.19. Hematología y Hemoterapia

3.20. Medicina Interna

3.21. Medicina Nuclear

Los medios de contraste son por cuenta de SANITAS.

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

A) Oncología Diagnóstico:

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

B) Estadificación:

- Tumores de cabeza y cuello, incluyendo biopsia guiada asistida.
- Cáncer de pulmón primario.
- Cáncer de mama localmente avanzado.
- Cáncer de esófago.
- Carcinoma de páncreas.
- Cáncer colorrectal, especialmente en las recurrencias.
- Linfoma maligno.

- Melanoma maligno, con Breslow mayor de 1,5 mm o metástasis en nódulos linfáticos en el diagnóstico inicial.

C) Monitorización de la respuesta al tratamiento:

- Linfoma maligno.
- Tumores de cabeza y cuello.

D) Detección en caso de sospecha razonable de recidiva:

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

E) Neurología:

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

3.22. Nefrología

3.23. Neumología

3.24. Neurocirugía

3.25. Neurofisiología Clínica

3.26. Neurología

3.27. Oftalmología

Incluye la fotocoagulación por láser.

3.28. Oncología Médica

3.29. Otorrinolaringología

3.30. Psiquiatría

3.31. Radiodiagnóstico-Diagnóstico por Imagen

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

También incluye:

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

- Cribado de cáncer de colon y poliposis colónica en pacientes sin historia clínica conocida de cáncer de colon, poliposis o enfermedad inflamatoria intestinal, siempre que presenten antecedentes familiares de estas patologías o sean candidatos al cribado por edad (a partir de 50 años).
- Cribado de cáncer de colon y poliposis colónica en pacientes en los que la colonoscopia convencional esté contraindicada por su situación clínica o entrañe un mayor riesgo.
- Como complemento a la colonoscopia convencional cuando ésta no haya podido alcanzar la longitud completa del colon.

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

Queda excluida la valoración del score cálcico.

3.32. Rehabilitación

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

3.33. Reumatología

3.34. Urología

Incluye el estudio y diagnóstico básico de la infertilidad y esterilidad.

4. Otros servicios asistenciales

Quedan cubiertas las consultas, pruebas diagnósticas básicas y métodos terapéuticos básicos de los siguientes servicios:

4.1. Ambulancia

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

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

4.2. Fisioterapia

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

También incluye el drenaje linfático tras cirugía por proceso oncológico.

Queda excluida la rehabilitación neurológica, rehabilitación del suelo pélvico, rehabilitación cardíaca y rehabilitación del lenguaje en disfunciones no orgánicas o aquellas que usen equipamiento robótico.

4.3. Logofoniatría

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

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

4.4. Odontostomatología

Comprende únicamente consultas, extracciones, curas estomatológicas derivadas de éstas y limpiezas de boca prescritas por un odontólogo concertado con SANITAS.

Quedan excluidos los tratamientos, empastes y obturaciones, prótesis dentales, ortodoncias, periodoncias e implantes, así como otros tratamientos odontológicos distintos a los anteriormente relacionados como incluidos.

4.5. Podología (exclusivamente Quiropodia)

Limitado a 5 sesiones como máximo del tratamiento por asegurado y anualidad del seguro.

4.6. Psicología

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

Comprende hasta un máximo de 4 consultas al mes y con un límite de 15

sesiones por asegurado y anualidad del seguro.

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

4.7. Terapias respiratorias domiciliarias

Comprende exclusivamente los siguientes tratamientos:

a) Oxigenoterapia: líquida, con concentrador y gaseosa.

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

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

c) Ventiloterapia y Aerosolterapia.

4.8. Tratamiento del Dolor

5. Detección precoz de enfermedades

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

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

5.2. Cardiología: diagnóstico precoz del riesgo coronario.

5.3. Neumología: diagnóstico precoz del cáncer de pulmón

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

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

Cláusula III: Coberturas excluidas

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

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

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

B. Cualquier tipo de asistencia sanitaria prestada en régimen asistencial de hospitalización según se define éste en el glosario, así como cualquier intervención quirúrgica que se realice en cualquier tipo de régimen asistencial.

C. Cualquier tipo de prueba diagnóstica, tratamiento o asistencia médica relativa al embarazo, parto o puerperio.

D. Cualquier servicio asistencial, prueba diagnóstica o método terapéutico prescrito o realizado por las especialidades médicas o unidades asistenciales de radioterapia, radiología intervencionista, electrofisiología del corazón o hemodinamia.

E. Todos los métodos terapéuticos de alta tecnología entre las que se encuentran los siguientes, cualquiera que sea la zona del cuerpo a que se refieran, la técnica que se utilice o la especialidad médica por la que se prescriban o realicen: ablación foramen auricular, administración de quimioterapia, angioplastia, cardioversión, cateterismo cardiaco, dilatación de estenosis, dilataciones uretrales, embolizaciones, estudio electrofisiológico, fibrinólisis, hemodiálisis, heparinización, litotricia, trasplante de médula ósea, valvuloplastia.

F. Cualquier otro método terapéutico distinto de los ya mencionados que no sea considerado como básico.

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

- Producidos como consecuencia de guerras civiles, internacionales, actos de carácter terrorista en cualquiera de sus formas (química, biológica, nuclear, etc.), revoluciones y maniobras militares, aún en tiempo de paz, y epidemias declaradas oficialmente.
- Que guarden relación directa o indirecta con radiación nuclear o contaminación radiactiva, así como los que provengan de fenómenos naturales como terremotos, inundaciones, erupciones volcánicas y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos.
- Los derivados de accidentes laborales y profesionales.
- Los derivados de la utilización de vehículos a motor que sean objeto de

cobertura por el Seguro del Automóvil de Suscripción Obligatoria.

- **Los producidos practicando el Asegurado, como aficionado, se encuentre federado o no, o como profesional, deportes de riesgo, como por ejemplo actividades aéreas, pruebas de velocidad con vehículos a motor, submarinismo, escalada, boxeo, tореo, artes marciales, rugby, o cualquier otra actividad de riesgo análogo, así como los derivados de las competiciones deportivas.**

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

I. La hospitalización por problemas de tipo social.

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

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

L. Todos los procedimientos diagnósticos, quirúrgicos o terapéuticos cuya seguridad y eficacia clínicas no estén debidamente contrastadas científicamente o que sean de aparición nueva, posterior a la firma de la presente póliza; los procedimientos no universalizados, ni consolidados en la práctica clínica habitual, los que hayan quedado manifiestamente superados por

otros disponibles y los procedimientos de carácter experimental o que no tengan suficientemente probada su contribución eficaz a la prevención, tratamiento o curación de las enfermedades.

Se considera, a efectos de la presente póliza, que un procedimiento diagnóstico, quirúrgico o terapéutico es seguro y eficaz cuando está aprobado por la Agencia Europea del Medicamento y/o la Agencia Española del Medicamento 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.

M. Cualquier tipo de servicio relacionado con:

- **Patologías o tratamientos no cubiertos, así como complicaciones que se deriven de éstos.**
- **El diagnóstico específico y tratamientos, inclusive la cirugía, encaminados a solventar la esterilidad o infertilidad en ambos sexos (fecundación in vitro, inseminación artificial, etc.), o de la impotencia y la disfunción eréctil, incluida la cirugía de cambio de sexo.**
- **La interrupción voluntaria del embarazo.**
- **Cualquier asistencia derivada de la donación de órganos por parte del Asegurado.**
- **Cualquier intervención asistencial sobre el no nacido.**
- **Cualquier técnica asistencial que utilice equipos de cirugía robótica.**
- **Las determinaciones del mapa genético, que tienen como finalidad conocer la predisposición del**

Asegurado o de su ascendencia o descendencia presente o futura a padecer todas las enfermedades relacionadas con alteraciones genéticas. También quedan expresamente excluidos los mapas genéticos de tumores y la farmacogenética.

- Cualquier tipo de prótesis, material de osteosíntesis, ortopédico y material implantable (internos o externos) así como cualquier asistencia sanitaria relacionada con su colocación, revisión o extracción en/del paciente.
- Las intervenciones, infiltraciones y tratamientos así como cualquier otra intervención que tenga un carácter puramente estético o cosmético. Igualmente queda expresamente excluido el tratamiento de cualquier tipo de patologías o complicaciones que pudieran manifestarse en un momento posterior y que estén directa y/o principalmente causadas por haberse sometido el Asegurado a una intervención, infiltración o tratamiento de los anteriormente señalados de naturaleza puramente estética o cosmética.
- Tratamientos con plasma rico en plaquetas o en factores de crecimiento.
- La terapia educativa y la educación del lenguaje en procesos sin patología orgánica del aparato fonador y 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, entre otras: naturopatía, homeopatía, acupuntura, mesoterapia, hidroterapia, magnetoterapia, presoterapia, ozonoterapia, aromaterapia, ayurveda, etc.

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

N. Todas las técnicas asistenciales o procedimientos terapéuticos que usan el láser salvo:

- La fotocoagulación oftálmica.
- Tratamientos vasculares periféricos con patología (no estética).
- En fisioterapia músculo-esquelética.

Ñ. Los gastos por viaje y desplazamiento salvo los contemplados en el apartado de ambulancias de estas Condiciones Generales o en las garantías complementarias de Evacuación y Repatriación cuando éstas hayan sido adquiridas.

O. La administración intravenosa de medicamentos en cualquier régimen asistencial así como los siguientes productos farmacéuticos:

- Los que sean administrados al paciente fuera del régimen de hospitalización; vacunas y autovacunas de todo tipo; medicación en ventiloterapia y aerosolterapia así como productos de parafarmacia.
- Los medicamentos no comercializados en España.
- Las terapias avanzadas (medicamentos de uso humano basado en genes, células y terapia celular y que incluyen productos de origen autólogo, alogénico o xenogénico).

Cláusula IV: Periodos de carencia

Todas las prestaciones que en virtud de esta Póliza asuma SANITAS, en la modalidad de cuadro médico, serán facilitadas desde el momento de entrar en vigor el contrato.

No obstante, se exceptúan del anterior principio general la asistencia médica, quirúrgica y/u hospitalaria en los supuestos que a continuación se detallan, respecto de los cuales será necesario que hayan transcurrido los respectivos plazos de carencia que se especifican seguidamente:

Plazos de Carencia para la modalidad de Cuadro Médico:

- **Pruebas diagnósticas de alta tecnología:** 6 meses

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

Cláusula V: Forma de prestar los servicios

1. A través del cuadro médico concertado

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

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

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

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

1.1 Libre acceso.

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

1.2 Prescripción previa para la realización del servicio.

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

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

Aquellos servicios que se efectúen por vía laparoscópica o vía artroscópica así como con técnica de radiofrecuencia y láser, tendrán que ser realizados por los profesionales específicamente concertados y acreditados por SANITAS para realizar esas técnicas concretas.

1.5 Servicios al Domicilio del Asegurado.

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

Los servicios prestados en el domicilio del Asegurado son los relativos a las

especialidades de Medicina Familiar, Pediatría, Urgencias, Enfermería, Atención Especial a Domicilio, Ambulancia y Terapias Respiratorias. Todos ellos requieren prescripción de un médico salvo Medicina Familiar y Pediatría. SANITAS se reserva el derecho a no prestar dicho servicio cuando bajo criterios médicos no lo considere necesario.

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

1.6 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.

1.7 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.

1.8 Asistencia en medios no concertados con SANITAS. Sanitas únicamente asumirá la cobertura de asistencias prestadas al Asegurado en centros no concertados, siempre que se trate de una urgencia vital de una de las prestaciones médicas cubiertas por esta póliza.

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 concorra dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al período en curso en el momento que haga esta declaración.

Si el siniestro sobreviene antes de que SANITAS haga la declaración a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de ésta se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si medió dolo o

culpa grave del Tomador del Seguro quedará SANITAS liberada del pago de la prestación (Art. 10 de la Ley de Contrato de Seguro).

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

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

1.5. En el supuesto de indicación inexacta de la fecha de nacimiento del Asegurado, SANITAS sólo podrá impugnar el contrato si la verdadera edad del Asegurado, en el momento de la entrada en vigor del contrato, excede de los límites de admisión establecidos por aquél.

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

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

2. Duración del seguro

2.1. La fecha de extinción del Contrato de Seguro será la establecida en sus Condiciones Particulares y, a su vencimiento, de conformidad con el artículo 22 de la Ley de

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

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

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

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

a) Por fallecimiento.

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

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

3. Primas del seguro

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

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

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

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

3.4. Si por culpa del Tomador, la primera prima no ha sido pagada, SANITAS tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago en vía ejecutiva con base en la Póliza, y si no hubiera sido pagada antes de que se produzca el siniestro, SANITAS quedará liberada de su obligación, salvo pacto en contrario debidamente reflejado en las Condiciones Particulares de la Póliza.

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

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

Si el contrato no se resuelve o extingue conforme a las condiciones anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas siguientes al día en el que el Tomador se pusiera al corriente en el pago de la prima o en su caso fracciones de la misma, adeudadas.

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

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

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

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

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

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

3.8. En cada renovación del Contrato el Asegurador podrá modificar la prima anual y el importe de la participación del Asegurado en el coste de los servicios, de acuerdo a los cálculos técnico-actuariales realizados y basados en la variación del coste de los servicios sanitarios, el tipo, la frecuencia de la utilización de las prestaciones garantizadas y la inclusión de innovaciones tecnológicas

médicas que no estuvieran cubiertas en la fecha de efecto inicial de la póliza.

Las primas a satisfacer por el Tomador, variarán en función de la edad alcanzada por cada uno de los Asegurados, la zona geográfica correspondiente al lugar de prestación de los servicios, aplicando las tarifas establecidas por SANITAS en la fecha de renovación de cada póliza. Dicha actualización de primas será comunicada por escrito por SANITAS al Tomador con al menos dos meses de antelación a la fecha de renovación.

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

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

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

4. 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 aquella 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.

5. Reclamaciones

5.1. Control e instancias de reclamación

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

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

1. Al **Departamento de Reclamaciones de SANITAS**, mediante escrito 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 la Orden ECO/734/2004, de 11 de marzo, sobre los departamentos y servicios de atención al cliente de las entidades financieras y el Reglamento por la Defensa del Cliente que encuentran a su disposición en las oficinas.

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

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

reclamaciones que figura en las condiciones generales de su póliza.

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

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

6. Otros aspectos legales a tener en cuenta

6.1. 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.

6.2. Comunicaciones.

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

6.2.2. Las comunicaciones de SANITAS al Tomador del Seguro, al Asegurado o Beneficiario, se realizarán a la dirección física, electrónica o al número de teléfono facilitado por el Tomador en el momento de realizar la solicitud del seguro mientras no comunique un cambio de la misma. El Tomador autoriza a SANITAS a que le pueda remitir cualquier comunicación por medios electrónicos siempre que la ley lo permita.

6.3. Protección de datos de Carácter Personal

Los datos recabados a través del presente documento son confidenciales y están protegidos. El Tomador se compromete a que toda la información que facilite al Asegurador, tanto en la solicitud de seguro como durante

toda la vigencia de la presente póliza, es cierta y no ha omitido dato alguno sobre el estado de salud de cada uno de los Asegurados.

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

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

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

Si el Tomador/Asegurado no consintiera la inclusión de sus datos en estos ficheros y su posterior tratamiento según lo descrito

anteriormente, el contrato de seguro no podrá llevarse a efecto.

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

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

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

El ejercicio de los derechos de oposición, acceso, rectificación y cancelación de estos datos conforme se establece en la normativa aplicable, pueden ser ejercitados en la sede

de la entidad, calle Ribera del Loira 52, 28042 Madrid, Dpto. de Asesoría Jurídica o a través de Mi Sanitas a <https://www.sanitas.es/misanitas/online/clientes/contacto/index.html>. Si el Tomador y/o los Asegurados no desean recibir información comercial del Asegurador, o en su caso, de otras entidades con las que el Asegurador establezca vínculos de colaboración, o bien no desean que se cedan datos a otras compañías salvo para la efectividad de las relaciones contractuales, podrá hacerlo por los mismos medios.

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

7. Otros

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

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

8. Jurisdicción

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

Hecho por duplicado en Madrid a 22 de julio de 2016

Por el Asegurado /
Tomador del seguro

Por SANITAS

Iñaki Peralta
Sanitas, S.A. de Seguros