

# NOTA INFORMATIVA PREVIA: SANITAS MÁS VITAL

PARTE DE **Bupa**

## 1. DENOMINACIÓN Y DOMICILIO SOCIAL DE LA ASEGURADORA

SANITAS SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS, (en adelante Sanitas) con domicilio social en Calle Ribera del Loira, 52, 28042 Madrid, España. CIF A28037042, Inscrita en el Registro de la Dirección General de Seguros y Fondo de Pensiones, clave C-320. Inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, hoja 4.530, tomo 1.241, libro 721, Secc. 3ª, insc.1ª.

## 2. NOMBRE DEL PRODUCTO

Sanitas Más Vital

## 3. TIPO DE SEGURO

Producto de **asistencia sanitaria**, con acceso a todas las especialidades médicas, **a través del amplio cuadro médico de Sanitas**, formado por más de 40.000 profesionales y 1.200 centros médicos, 3 hospitales propios, 19 centros Milenium Multiespecialidad y más de 170 Clínicas Milenium Dental.

El asegurado cuenta con libertad de elección de prestador de los servicios dentro del cuadro médico concertado por la aseguradora para este producto.

En esta modalidad de seguro la cobertura se presta exclusivamente a través de cuadro médico, a diferencia de los productos de reembolso, donde el asegurado abona al profesional sus honorarios y solicita a la aseguradora su reembolso en los términos pactados en la póliza.

Este producto sólo puede ser contratado a partir de los 60 años.

## 4. CUESTIONARIO DE SALUD

El cuestionario de salud, incluido en la solicitud de seguro, es una declaración firmada por parte del tomador de la póliza antes de su formalización e incluye un listado de preguntas relevantes sobre el estado de salud de cada posible asegurado. El tomador del seguro tiene obligación de contestar con veracidad a dicho cuestionario que permitirá a la Entidad Aseguradora hacer una correcta valoración del riesgo. En caso de falsedad u omisión en dicha declaración la compañía aseguradora podrá rescindir la póliza de seguro.

## 5. DESCRIPCIÓN DE LAS GARANTÍAS Y OPCIONES OFRECIDAS

### COBERTURAS INCLUIDAS

- **Medicina Primaria:** medicina general, pediatría, ATS, servicios de urgencias.
- **Acceso a especialidades médicas:** dermatología, oftalmología, ginecología, etc.
- **Cobertura dental:** 30 servicios incluidos y descuentos del 21% en resto de tratamientos.
- **Segunda opinión médica:** solicitada a especialistas de nivel mundial.
- **Farmacia:** 50% de reembolso en gastos de medicamentos, hasta 200€/asegurado y año.
- **Asistencia familiar senior:** ayuda cualificada ante situaciones como hospitalización o permanencia en domicilio por enfermedad.
- **Programa Senior:** plan personalizado de contactos telefónicos, para ayudar a cuidar, prevenir y entender la salud.
- **Servicios de Sanitas Mayores:** con independencia de las coberturas aseguradas, los clientes de este producto tendrán acceso a una serie de servicios prestados por Sanitas Mayores.

## 6. EXCLUSIONES DE COBERTURA

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.

**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 medicina nuclear, radioterapia, radiología intervencionista o hemodinamia.

**E** Todas las pruebas diagnósticas, a excepción de las indicadas como incluidas en este condicionado.

**F** Todos los métodos terapéuticos, a excepción de los indicados como incluidos en este condicionado.

**G** Cualquier otra prueba o método terapéutico distinto de los ya mencionados que no sea considerado como básico.

**H** La asistencia sanitaria relacionada con enfermedades accidentales, 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, troteo, artes marciales, rugby, o cualquier otra actividad de riesgo análogo, así como los derivados de las competiciones deportivas.

**I** 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.

**J** La hospitalización por problemas de tipo social.

**K** 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.

**L** 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.

**M** 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.

**N** 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 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.

**Ñ** Todas las técnicas asistenciales o procedimientos terapéuticos que usan el láser.

**O** 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.

**P** 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, allogénico o xenogénico).

Respecto a las exclusiones propias de cada garantía nos remitimos al Condicionado General.

## PERIODOS DE CARENIA

Este producto no cuenta con periodos de carencia.

## 7. FORMA DE COBRO DE LA PRESTACIÓN

### ESTRUCTURA DE COPAGOS

Sanitas Más Vital es un producto sin copago.

## 8. CONDICIONES, PLAZOS Y VENCIMIENTOS DE LAS PRIMAS

### 8.1 CUESTIONES GENERALES

El pago de la prima se puede realizar con periodicidad mensual, trimestral, semestral o anual (descuento del 4% en caso de pago anual), a través de domiciliación bancaria en la cuenta corriente, titularidad del tomador, expresamente indicada en la solicitud de seguro.

La tarifa de prima aplicable de este producto para altas de nuevas pólizas con fecha de entrada en vigor entre 01/04/16 y 01/12/16 es la siguiente:

19,90€/mes por persona

### 8.2 COMUNICACIÓN ANUAL DEL VENCIMIENTO DE LAS PRIMAS

En cada renovación anual de la póliza Sanitas podrá modificar la prima aplicable a la siguiente anualidad y en su caso el importe de los copagos, de acuerdo a los cálculos técnico-actuariales realizados y basados en el IPC sanitario, la frecuencia en la utilización de las prestaciones garantizadas y la inclusión de innovaciones tecnológicas médicas o nuevas coberturas aseguradas.

La prima aplicable a la siguiente anualidad será comunicada por escrito por Sanitas al tomador con al menos dos meses de antelación a la fecha de renovación.

### 8.3 EVOLUCIÓN ANUAL DE LA PRIMA

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.

### 8.4 RENOVACIONES

El contrato de seguro es anual, computándose dicha anualidad desde su fecha de entrada en vigor. A su vencimiento, se prorrogará tácitamente por periodos sucesivos de una anualidad salvo que una de las partes se oponga a una de dichas prórrogas comunicándose a la otra con dos meses de antelación si es la aseguradora quien realiza la comunicación y un mes si es el tomador.

No obstante lo anterior, la entidad aseguradora cumplirá:

1. No oponerse a la prórroga de contratos de seguro que tengan asegurados con determinadas situaciones de enfermedad grave, siempre y cuando el primer diagnóstico se haya producido durante su período de alta en la póliza. Serán enfermedades con tratamiento en curso dentro del contrato de las que se enumeran a continuación:
  - Procesos oncológicos activos.
  - Enfermedades cardíacas tributarias de tratamiento quirúrgico o intervencionista.
  - Trasplante de órganos.
  - Cirugía ortopédica compleja en fase de evolución.
  - Enfermedades degenerativas y desmielinizantes del sistema nervioso.
  - Insuficiencia renal aguda.
  - Insuficiencia respiratoria crónica tórpida.
  - Hepatopatías crónicas (excluidas las de origen alcohólico).
  - Infarto Agudo de Miocardio con insuficiencia cardíaca.
  - Degeneración macular.
2. No ejercitar oposición a la prórroga respecto de contratos de seguro que tengan asegurados mayores de 65 años, cuando su permanencia acreditada en la entidad, sin impagos, alcanzara una antigüedad continuada de 5 o más años.
3. Los compromisos anteriores no serán de aplicación o quedarán sin efecto en aquellos supuestos en los que:  
El asegurado hubiese incumplido sus obligaciones o hubiese existido reserva o inexactitud por parte del mismo a la hora de declarar el riesgo.  
Se produjese impago de la prima o negativa a aceptar su actualización por parte del tomador.
4. La renuncia por parte de la compañía a su derecho de oponerse a la continuidad de la póliza requiere de forma inexcusable que el tomador acepte la prima y la participación en el coste de los servicios que le correspondan, y que la aseguradora podrá actualizar periódicamente para adecuarlos a la evolución de los costes del seguro, siempre conforme a criterios actuariales y dentro de los límites de la ley y del contrato.

## 8.5 TRIBUTOS REPERCUTIBLES

Las primas están sujetas a la aplicación del recargo del 1,5 por mil, a favor del Consorcio de Compensación de Seguros que se cobra en el primer recibo de cada anualidad.

## 9. INSTANCIAS DE RECLAMACIÓN

El escrito de reclamación deberá dirigirse al Departamento de Reclamaciones de Sanitas, 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.

Si la resolución de la reclamación es desestimatoria o bien han transcurrido más de dos meses sin obtener respuesta, también se podrá iniciar el procedimiento administrativo de reclamación ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondo de Pensiones, Paseo de la Castellana, 44, 28046 Madrid.

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

## 10. LEGISLACIÓN APLICABLE Y JURISDICCIÓN

- Ley 50/1980 de 8 de octubre de contrato de seguro y su normativa de desarrollo
- Ley 20/2015 de 14 de julio de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras y su Reglamento de desarrollo
- Ley 22/2007, de 11 de julio, sobre comercialización a distancia de servicios financieros destinados a los consumidores
- Ley 26/2006, de 17 de julio, de mediación de seguros y reaseguros privados

La jurisdicción competente en caso de controversia y/o litigio, será la del domicilio del asegurado, tal y como establece la Ley de Contrato de Seguro.

## 11. RÉGIMEN FISCAL

Las primas de seguro de salud están exentas del Impuesto Sobre Primas de Seguro (IPS), con excepción de aquella parte de la prima, en su caso, destinada a cubrir garantías de Asistencia en Viaje.

Con carácter general, las primas abonadas por el presente seguro no dan derecho a ningún beneficio fiscal, no son deducibles en el IRPF, ni dan derecho a deducción o bonificación alguna.

Si el tomador fuese empresario o profesional en régimen de estimación directa por el IRPF, podrá deducirse la prima pagada hasta 500 euros por persona y año natural, computando a estos efectos exclusivamente su propia cobertura, la de su cónyuge y sus hijos/as menores de 25 años que convivan con el tomador.

Si el tomador estuviera asegurando a sus empleados/as, la prima pagada será gasto deducible en su impuesto personal (Impuesto de Sociedades o IRPF). La prima no constituirá retribución en especie del trabajador/a con los mismos límites cuantitativos por persona asegurada y año natural señalados en el párrafo anterior. La cuantía que excediera de estos límites sí se consideraría retribución en especie y estaría sometida al correspondiente ingreso a cuenta.

Las prestaciones de servicios sanitarios obtenidas no se consideran renta en el IRPF del beneficiario/a.