

**SUS CONDICIONES
GENERALES**

Sanitas Sociedad Anónima de Seguros

**Inscrita el 10 de febrero de 1958 en el Registro de la dirección
General de Seguros**

**Entidad domiciliada en España e inscrita en el Registro
Mercantil de Madrid, hoja 4.530, tomo 1.241, libro 721, secc. 3ª,
Insc. 1ª.**

Domicilio social Ribera del Loira, 52 - 28042 Madrid

C.I.F. A-28037042

Glosario de términos

A los efectos del presente documento de condiciones especiales del seguro Sanitas Accesible se entiende por:

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.

ASEGURADO

La persona o personas naturales, designadas en las Condiciones Particulares, sobre las cuales se establece el seguro.

ASEGURADOR O ENTIDAD ASEGURADORA

“Sanitas, Sociedad Anónima de Seguros”, persona jurídica que asume el riesgo contractualmente pactado.

ASISTENCIA AMBULATORIA

Cualquier tipo de asistencia médica, diagnóstica, quirúrgica o terapéutica en la que NO existe Hospitalización ni Hospitalización a Domicilio. Dicha asistencia siempre será prestada en centro asistencial autorizado (no en domicilio). Incluye todos los servicios realizados en infraestructura de consulta.

ATENCIÓN ESPECIAL EN DOMICILIO

Queda excluida de cobertura por la presente póliza la atención especial del domicilio entendiendo como tal la Asistencia del médico generalista o de

familia y de A.T.S. o D.U.E. al Asegurado en el domicilio que figura en la Póliza, cuando la patología del enfermo requiera cuidados especiales sin llegar a precisar ingreso hospitalario y siempre previa prescripción del médico. No incluye los gastos generados por asistencia de tipo social, hostelería, lencería, alimentación, medicación, monitorización, material sanitario y cuidados no específicos del médico general, A.T.S. o D.U.E., ni la permanencia continuada de los profesionales sanitarios en el domicilio del Asegurado.

BENEFICIARIO

Tendrá esta condición el Asegurado que ha de recibir la prestación del Asegurador, en caso de producirse el siniestro.

CONSULTA

Relación asistencial entre paciente y facultativo, en el mismo espacio y tiempo, siendo necesaria la presencia física de ambos.

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

Diplomado en Enfermería, legalmente capacitado y autorizado para prestar la atención de enfermería en enfermedad o lesión que origine alguna de las garantías contenidas en la Póliza.

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 diagnósticas complementarias

ENFERMEDAD

Toda alteración del estado de salud de un individuo que sufre la acción de una patología que no sea consecuencia de accidente, cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por un médico u odontólogo 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.

ENFERMEDAD PREEXISTENTE

Es la padecida por el Asegurado con anterioridad a la fecha de contratación del seguro o de alta en la Póliza.

HABITACIÓN CONVENCIONAL

Habitación de una sola estancia o habitáculo, dotada de instalaciones sanitarias de vacío y oxígeno. 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 corporales, provisto de los medios para efectuar

diagnósticos e intervenciones quirúrgicas. Dicho establecimiento debe estar atendido por un médico las 24 horas del día. 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.

HOSPITALIZACIÓN

Supone el registro de entrada del Asegurado como paciente y su permanencia en el hospital durante un mínimo de 24 horas.

HOSPITALIZACIÓN DE DÍA

Supone la utilización, por un Asegurado registrado como paciente, de aquellas unidades asistenciales del Hospital así denominadas específicamente, para recibir cualquier tipo de asistencia médica, diagnóstica, quirúrgica o terapéutica, que suponga una estancia inferior a 24 horas

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

Toda operación con fines diagnósticos o terapéuticos, realizada mediante incisión u otra vía de abordaje interno, efectuada por un cirujano en un centro autorizado (hospitalario o extrahospitalario) y que requiere normalmente la utilización de una sala de operaciones.

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 o elementos metálicos o de cualquier otra naturaleza empleados para la unión de los extremos de un hueso fracturado, o para soldar extremos articulares.

MATERIAL ORTOPÉDICO

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

MÉDICO

Doctor o Licenciado en Medicina legalmente capacitado y autorizado para tratar médica o quirúrgicamente la enfermedad o lesión que origine algunas de las garantías contenidas en la Póliza.

MÉDICO/ CIRUJANO CONSULTOR

Son aquellos facultativos, pertenecientes al cuadro médico de la entidad, que sean designados como tales médicos consultores en la Guía Médica Orientadora y cuya consulta requiere la previa autorización de la Entidad Aseguradora, a petición razonada de un médico especialista de la misma.

ODONTÓLOGO

Facultativo cuya titulación le capacita para realizar el conjunto de actividades de prevención, diagnóstico y tratamiento relativas a las anomalías y enfermedades de los dientes, de la boca, de los maxilares y de sus tejidos anejos.

PARTO

El parto normal o a término es aquél que se produce entre la 37 y la 42 semana desde la fecha de la última menstruación. Parto pretérmino o prematuro es aquel que se produce entre la 28 y la 36 semana de gestación.

PLAZOS DE CARENCIA

Periodo de tiempo (computado por meses transcurridos a partir de la fecha de efecto del seguro) durante el cual no entran en vigor algunas de las coberturas incluidas dentro de las garantías de la Póliza.

PLAZO DE DISPUTABILIDAD

Periodo de tiempo durante el que el Asegurador puede negar sus prestaciones o impugnar el contrato alegando la existencia de enfermedades anteriores del Asegurado y no declaradas por él. Transcurrido este plazo, el Asegurador sólo tendrá esa facultad en el caso de que el Tomador y/o el Asegurado hayan actuado dolosamente.

PÓLIZA

Documento escrito que contiene las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte integrante de la Póliza: la solicitud de seguro, el cuestionario de salud, las condiciones generales, las particulares, las especiales y los suplementos o apéndices que se añadan a la misma, para completarla o modificarla.

PRESTACIÓN

Es la asistencia sanitaria que se deriva de la presentación de un siniestro. Se entiende por asistencia el acto de atender o cuidar la salud de una persona.

PRIMA

Es el precio del seguro, es decir, la cantidad que el Tomador del Seguro o Asegurado debe abonar al Asegurador. El recibo contendrá, además, los recargos, tasas e impuestos que sean de legal aplicación.

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 o biológicos tales como recambios valvulares cardíacos, sustituciones articulares, piel sintética, lentes intraoculares, los materiales biológicos (córnea), los fluidos, geles y líquidos sintéticos o semisintéticos sustitutivos de humores o líquidos orgánicos, reservorios de medicamentos, sistemas de oxigenoterapia ambulantes, etc.

PSICOLOGÍA

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

PUERICULTOR

Médico generalista al que se le confiere el cuidado del niño sano, tanto en los aspectos físicos como mentales de su desarrollo.

RECIÉN NACIDO

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

SANITAS 24 HORAS

Atención informativa facilitada por un equipo médico, que asesorará al Asegurado sobre sus preguntas médicas las 24 horas del día, los 365 días del año. La información facilitada por este medio es orientativa y no puede sustituir a un servicio de atención médica directa.

SERVICIOS A DOMICILIO

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

SERVICIOS DE URGENCIA A DOMICILIO

Asistencia en el domicilio del Asegurado en casos de urgencia, prestada por médico generalista y/o A.T.S.

SINIESTRO

Todo hecho cuyas consecuencias estén total o parcialmente cubiertas por la Póliza. 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 el Asegurador, suscribe este contrato, y a la que corresponden las obligaciones que del mismo se derivan, salvo las que

por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado.

URGENCIA

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

Cláusula preliminar

El presente contrato se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de octubre de Contrato de Seguro, por el Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de Seguros Privados, y su Reglamento de Desarrollo (Real Decreto nº 2486/98 de 20 de noviembre) y por lo convenido en las presentes Condiciones Generales y en las Particulares, sin que tengan validez las cláusulas limitativas de los derechos de los Asegurados que no sean específicamente aceptadas por los mismos por escrito.

No requerirán dicha aceptación las meras transcripciones o referencias a preceptos legales o reglamentarios imperativos.

¿Qué cubre su seguro?

1. MEDICINA PRIMARIA

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

1.2. Pediatría y puericultura: comprende la asistencia de niños hasta cumplir los 14 años de edad, en consultorio y a domicilio, la indicación y prescripción de las pruebas y medios diagnósticos básicos (analítica, ecografía y radiología general), aplicándose las mismas normas ya citadas en medicina general.

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

1.2.2. Programa de salud infantil: comprende la preparación psicoprofiláctica al parto con clases prácticas y teóricas de puericultura, psicología, escuela de padres durante el primer año de vida del niño y exámenes de salud al recién nacido, incluyendo pruebas de metabolopatías, audiometría, otoemisiones, test de agudeza visual. No se incluyen

programas similares fuera del cuadro médico del Asegurador.

1.3. Servicio de A.T.S./D.U.E.: asistencia en consultorio y a domicilio, este último caso sólo previa prescripción de un médico de la Entidad y efectuando los avisos en la forma señalada en el apartado 1.1. relativo a la medicina general.

2.URGENCIAS

Comprende la asistencia sanitaria en casos de urgencia que se prestará en los centros de urgencia permanente que indique la Guía Orientadora de Médicos y Servicios. En caso justificado, se facilitará el servicio a domicilio por los servicios permanentes de guardia, **únicamente en aquellas poblaciones en las que el Asegurador tenga concertada la prestación de dicho servicio.**

3. ESPECIALIDADES MÉDICAS, QUIRÚRGICAS Y PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

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

3.1. Alergia e inmunología: las autovacunas serán por cuenta del Asegurado.

3.2. Análisis clínicos

3.3. Anatomía patológica

3.4. Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor: queda expresamente excluido cualquier tipo de material implantable.

3.5. Angiología y cirugía vascular.

3.6. Aparato digestivo: comprende la prevención del cáncer colorrectal, consulta

médica, exploración física, exploraciones endoscópicas en caso necesario, **previa prescripción escrita de un médico concertado con la Entidad Aseguradora**

3.7. Cardiología: incluye un programa de prevención del riesgo coronario en personas mayores de 40 años, que comprende consulta cardiológica, electrocardiogramas y la realización de la analítica y pruebas complementarias pertinentes. **En personas menores de 40 años, será necesaria la previa prescripción escrita de un médico de la Entidad Aseguradora.**

3.8. Cirugía cardiovascular: Quedan excluidas las técnicas quirúrgicas que usen equipos de cirugía robótica

3.9. Cirugía General y del Aparato Digestivo : comprende la cirugía por vía laparoscópica en aquellas intervenciones en las que se ha demostrado y consolidado su eficacia, exclusivamente realizadas por los profesionales especialmente concertados por la Entidad Aseguradora para éstas. **Quedan excluidas las técnicas quirúrgicas que usen equipos de cirugía robótica**

3.10. Cirugía oral y maxilofacial.

3.11. Cirugía pediátrica.

3.12. Cirugía plástica y reparadora

3.13. Cirugía torácica

3.14. Dermatología

3.15. Endocrinología

3.16. Geriátrica: queda excluido cualquier internamiento o asistencia derivados de problemas de tipo social.

3.17. Hematología y hemoterapia

3.18. Medicina interna

3.19. Medicina nuclear

Los medios de contraste son por cuenta de la Entidad Aseguradora.

PET y PET/ TC es objeto de cobertura exclusivamente por la póliza para las indicaciones autorizadas por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios con el fármaco fludesoxiglucosa. 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.

3.20. Nefrología: Comprende la litotricia del aparato urinario y las técnicas de diálisis en procesos agudos, **quedando expresamente excluidas las técnicas de diálisis relativas a tratamientos de procesos crónicos.**

3.21. Neonatología

3.22. Neumología

3.23. Neurocirugía

3.24. Neurología

3.25. Obstetricia y ginecología: Comprende los estudios de cribado encaminados a la prevención de neoplasias de mama y de cuello uterino y el estudio y diagnóstico básico de la infertilidad y la esterilidad.

Quedan excluidas las intervenciones quirúrgicas sobre el no nacido

Quedan excluidas las técnicas quirúrgicas que usen equipos de cirugía robótica.

Quedan excluidas las cirugías profilácticas

Quedan expresamente excluidas todas las pruebas genéticas a excepción del cariotipo, factor v leiden y mutación 20210 del gen de la

protombina. Asimismo, se excluyen todas las pruebas encaminadas a tratamientos de reproducción asistida

3.26. Odontología: incluye únicamente extracciones, curas estomatológicas derivadas de éstas y limpiezas de boca prescritas por odontólogo de la Entidad.

3.27. Oftalmología: comprende la fotocoagulación por láser y la cirugía para el trasplante de córnea **siendo la córnea a trasplantar por cuenta del Asegurado.**

Quedan excluidas otras cirugías con técnicas láser (cirugías refractivas para corrección de miopía, hipermetropía, astigmatismo, presbicia, o cualquier otra indicación que surja en el futuro)

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

3.29. Otorrinolaringología: Comprende la cirugía mediante láser.

3.30. Proctología

3.31. Psiquiatría.

3.32. Reumatología

3.33. Radiodiagnóstico-Diagnóstico por Imagen: comprende las técnicas habituales de diagnóstico.

También comprende:

A) La colonografía realizada mediante tomografía computerizada (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.

Para contar con la cobertura asegurada de esta prueba diagnóstica el asegurado deberá participar en el coste del servicio en la cantidad expresamente indicada en las condiciones particulares de su póliza.

B) La coronografía por TC: incluida en la garantía únicamente para pacientes con síntomas de enfermedad coronaria con prueba de isquemia no concluyente, cirugía de recambio valvular, valoración de estenosis coronaria tras intervención de By-pass y malformaciones del árbol coronario.

Queda excluida la valoración de estenosis tras implantación de stent coronario y el store cálcico.

3.34. Radiología intervencionista o invasiva: Previa prescripción escrita de un facultativo de la Entidad y tras la autorización de la misma.

3.35. Traumatología y cirugía ortopédica: incluye la cirugía artroscópica, cirugía de la mano, nucleotomía percutánea, quimionucleolisis así como los injertos óseos de materiales biológicos.

3.36. Médicos y cirujanos consultores: Su consulta deberá ser previamente autorizada por la dirección de la aseguradora, para aquellos especialistas que consten con dicha denominación en la Guía Médica Orientadora del cuadro médico de la aseguradora y a petición razonada de un médico especialista de la misma.

3.37. Urología: comprende la vasectomía, el estudio y diagnóstico de la infertilidad y esterilidad y la litotricia del aparato urinario. **Quedando excluidas las técnicas quirúrgicas que usen equipos de robótica.**

3.38. Rehabilitación

4. MÉTODOS TERAPÉUTICOS

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

4.1. Aerosolterapia y ventiloterapia: en todos los casos los medicamentos serán por cuenta del Asegurado.

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

4.3. Litotricia del aparato urinario

4.4. Logofoniatría: se prestará sólo en relación con procesos orgánicos, **hasta un máximo de 6 meses al año.**

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

4.6. Quimioterapia: la Entidad proporcionará la medicación citostática que pueda precisar el enfermo, en tantos ciclos como sean necesarios. La prescripción de dicha medicación deberá ser siempre realizada por el médico especialista en oncología que esté encargado de la asistencia al enfermo. Los tratamientos correrán por cuenta de la Entidad, **siempre que se apliquen en centro asistencial, tanto en régimen de hospital de día** y que se expendan en el mercado nacional y estén debidamente autorizados por el

Ministerio de Sanidad, en las indicaciones que figuran en la ficha técnica del producto.

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

4.8. 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.** Se prestará siempre en los centros designados por la Entidad Aseguradora. En régimen de ingreso hospitalario se prestará sólo y exclusivamente para la recuperación del aparato locomotor secundaria a una cirugía ortopédica y la recuperación cardíaca tras la cirugía con circulación extracorpórea. También comprende el drenaje linfático postmastectomía de origen neoplásico.

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

4.9. Tratamiento del dolor: quedan incluidos exclusivamente los reservorios implantables (tipo port-a-cath), **y expresamente excluidas las bombas implantables para infusión de medicamentos y los electrodos de estimulación medular.** No se incluyen programas similares fuera del cuadro médico del Asegurador.

5. OTROS SERVICIOS

5.1. Ambulancia: se prestará este servicio por vía terrestre para el traslado de los enfermos al hospital y viceversa, siempre y cuando los recursos asistenciales concertados no sean suficientes para atender al asegurado en el lugar donde se halle o este solicite ir a su provincia de residencia. Para solicitar el servicio será necesario el volante de un médico

del Asegurador, diligenciado en la oficina del mismo, salvo los casos urgentes, en que no será necesario dicho volante. **Esta prestación no incluye los traslados requeridos para tratamientos de rehabilitación, realización de las pruebas diagnósticas ni asistencia a consultas médicas en régimen ambulatorio.**

5.2. Podología (quiropodía): limitado a cinco sesiones anuales.

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

5.4. Prótesis: serán suministradas siempre por las empresas designadas por la Entidad Aseguradora.

La garantía comprende exclusivamente, previa prescripción escrita de un médico especialista de la Entidad Aseguradora, las prótesis internas y materiales implantables internos expresamente indicados a continuación y **hasta los límites de capital asegurado establecidos, en su caso, en las Condiciones Particulares de esta póliza:**

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

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

3. Área Cardiovascular: Prótesis vasculares (Stent, by-pass periférico o coronario, medicalizado o no medicalizado-, **con**

exclusión de los empleados en aorta en cualquiera de sus tramos y en los conductos valvulados aórticos); válvulas cardíacas con exclusión de los conductos valvulados aórticos y cualquier otra de implantación por vía percutánea o transapical; marcapasos con exclusión de cualquier tipo de desfibrilador y del corazón artificial; coils y/o materiales de embolización.

4. Quimioterapia o Tratamiento del Dolor: Reservorios.

5. Otros materiales quirúrgicos: Mallas abdominales, excepto las utilizadas como sistemas de cierre en cirugías laparoscópicas; sistemas de suspensión urológica; sistemas de derivación de líquido cefalorraquídeo (hidrocefalia); prótesis de mama y expansores, **exclusivamente en la mama afectada por una cirugía tumoral previa.**

En aquellos casos en los que así lo requiera la Entidad Aseguradora, el asegurado deberá facilitar los informes y/o presupuestos.

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

6. HOSPITALIZACIÓN

La hospitalización se realizará en clínica u hospital designado por el Asegurador, ocupando el enfermo habitación individual convencional y cama de acompañante **excepto en las hospitalizaciones psiquiátricas, en U.V.I. e incubadora y siendo de cuenta del Asegurador el tratamiento, las estancias, manutención del enfermo, curas y su material, así como los gastos de quirófano, productos anestésicos y medicamentos.**

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

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

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

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

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

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

7. SEGUNDA OPINIÓN

Comprende una segunda opinión sobre el diagnóstico o tratamiento médico en el caso de enfermedades graves, de carácter crónico, que necesiten una atención programada, cuyo curso requiera medidas excepcionales diagnósticas o terapéuticas y/o su pronóstico vital esté gravemente comprometido. Esta

segunda opinión será emitida por especialistas, centros asistenciales, médicos o académicos de primer nivel, en cualquier país del mundo. Para utilizar este servicio el Asegurado remitirá el expediente clínico que comprenderá información médica escrita, radiografías u otros diagnósticos por imagen realizados excluyendo cualquier envío de material biológico o sintético. El expediente se hará llegar, con la debida confidencialidad, al especialista o centro correspondiente según la enfermedad de que se trate.

8. 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.

9. PSICOLOGÍA

Se incluye la atención psicológica de carácter individual y temporal, prescrita exclusivamente por un psiquiatra, médicos Asesores de Salud Familiar, Oncólogos Médicos o pediatra del cuadro médico y cuya finalidad sea el tratamiento de patologías susceptibles de intervención psicológica. Asimismo se incluye el diagnóstico psicológico simple y los tests psicométricos, con la salvedad de que los formularios serán por cuenta del asegurado.

Se excluyen el psicoanálisis, la terapia psicoanalítica, la hipnosis, la narcolepsia y los servicios de rehabilitación psicosocial o neuropsiquiátrica. El servicio deberá ser autorizado por el Asegurador previamente a su realización, bien por teléfono o en las oficinas de Sanitas. Esta autorización garantizará que se preste el servicio a través del cuadro médico perteneciente a la Compañía hasta un máximo de 4 consultas al mes y con un límite anual de 15 consultas.

10. PLAZOS DE CARENCIA

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

- **Cirugía bariátrica** en obesidad mórbida: sesenta meses
- **Hospitalización e intervenciones quirúrgicas** en régimen asistencial de Hospitalización o de Hospitalización de Día, incluida la asistencia al parto: ocho meses
- **Intervenciones quirúrgicas** en régimen asistencial de Asistencia Ambulatoria: tres meses
- **Pruebas diagnósticas de alta tecnología:** seis meses
- Los siguientes **Métodos Terapéuticos Complejos:** cardiología intervencionista/hemodinamia; radiología intervencionista; radioterapia: quimioterapia: y litotricia: seis meses
- **Vasectomía y ligadura de trompas:** ocho meses
- **Psicología:** seis meses

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

¿Qué no cubre su seguro?

1. Toda clase de enfermedades, defectos o deformaciones preexistentes y/o congénitas, a consecuencia de accidentes o enfermedades ocurridos con anterioridad a la fecha de inclusión de cada Asegurado en la póliza; así como los que puedan derivarse de aquéllos. Salvo lo pactado en condiciones particulares.

El Tomador del Seguro, en su nombre y en nombre de los beneficiarios y/o cada uno de estos, está obligado a manifestar en el momento de suscribir la propuesta/solicitud de seguro, si padecen o han padecido cualquier tipo de lesiones o enfermedades, especialmente aquellas de carácter recurrente, congénitas, o que precisen o hubieran precisado estudios, pruebas diagnósticas o tratamientos de cualquier índole; o en el momento de la suscripción padecieran síntomas o signos que pudieran considerarse como el inicio de alguna patología. Manifestándose de esta forma, la afección se considerará como preexistente y/o congénita y, en consecuencia, excluida de las coberturas pactadas en el contrato de seguro. Si hubiera enfermedades preexistentes y/o congénitas, la Entidad se reserva el derecho de aceptar o rechazar la incorporación del solicitante o solicitantes, y en caso de aceptarlo(s), se incluirá la correspondiente cláusula de exclusión a las condiciones particulares de la póliza en lo que se refiere a la prestación de servicios por enfermedades, defectos o deformaciones preexistentes y/o congénitas, presentes con anterioridad a la fecha de inclusión de cada Asegurado en la póliza; así como los que puedan derivarse de aquéllos. Salvo lo pactado en condiciones particulares.

2. La asistencia sanitaria por enfermedades o lesiones producidas como consecuencia de guerras civiles, internacionales o coloniales, invasiones, insurrecciones, rebeliones, actos de carácter terrorista en cualquiera de sus formas (química, biológica, nuclear, etc.), revoluciones, motines, alzamientos, represiones y maniobras militares, aún en tiempo de paz, y epidemias declaradas oficialmente.

3. Enfermedades o accidentes que guarden relación directa o indirecta con radiación nuclear o contaminación radiactiva, así como los que provengan de cataclismos como terremotos, inundaciones, erupciones volcánicas y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos, salvo el rayo.

4. La asistencia sanitaria que exija el tratamiento por enfermedades o accidentes laborales, profesionales y en competiciones deportivas, la derivada de la utilización de vehículos a motor cubierta por el Seguro del Automóvil de Suscripción Obligatoria, así como los gastos derivados de la asistencia sanitaria prestada en centros de la Seguridad Social o centros integrados en el Sistema Nacional de Salud que no estén concertados con el Asegurador, salvo lo previsto en el último párrafo del apartado Forma de prestar los servicios, a través de cuadro médico. Así como lo igualmente contemplado en las condiciones particulares.

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

6. Los productos farmacéuticos fuera del régimen de hospitalización –salvo la quimioterapia administrada vía parenteral por un profesional sanitario en centros concertados así como vacunas de todo tipo y productos de parafarmacia.

7. Quedan expresamente excluidos todos aquellos procedimientos diagnósticos y terapéuticos cuya seguridad y eficacia clínicas no estén debidamente contrastadas científicamente o hayan quedado manifiestamente superadas por otras disponibles. Igualmente, quedan excluidos aquellos procedimientos, de carácter experimental o que no tengan suficientemente probada su contribución eficaz a la prevención, tratamiento o curación de las enfermedades, conservación o mejora de la esperanza de vida,

autovalimiento y eliminación o disminución del dolor y el sufrimiento y los que consisten en meras actividades de ocio, descanso, confort o deporte. Los tratamientos en balnearios y curas de reposo.

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

9. Tratamientos, inclusive la cirugía, solventar la esterilidad o infertilidad en ambos sexos (fecundación “in vitro”, inseminación artificial, etc.) y la interrupción voluntaria del embarazo, así como las pruebas diagnósticas relacionadas con dicha interrupción. Está excluido el estudio, diagnóstico y tratamiento (inclusive la cirugía) de la impotencia y de la disfunción erectil

10. Los trasplantes de órganos, tejidos, células o componentes celulares, excepto el trasplante autólogo de médula ósea o de células progenitoras de sangre periférica por tumores de estirpe hematológica y el trasplante de córnea. En este último caso, la Aseguradora no se hace cargo de la córnea a trasplantar.

11. La asistencia sanitaria derivada de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.), el SIDA y las enfermedades relacionadas con éste.

12. Están excluidos los tratamientos capilares con finalidad estética.

13. La hospitalización por problemas de tipo social.

14. Los reconocimientos médicos generales de carácter preventivo, salvo los contemplados en la descripción de los servicios en el apartado ¿que cubre su seguro?. Así como los igualmente contemplados en las condiciones particulares.

15. Todo lo relativo a la terapia educativa, tal como la educación del lenguaje en procesos congénitos o la educación especial para enfermos con afección psíquica.

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

17. Las prótesis de cualquier clase o naturaleza salvo las prótesis relacionadas en la descripción de los servicios del apartado ¿Qué cubre su seguro?. Queda excluido

salvo los relacionados en el apartado 5.4 de la cláusula PRIMERA denominada “Que cubre su seguro”. Por tanto quedan excluidos cualquier tipo de material ortopédico, los fijadores externos, materiales biológicos o sintéticos, injertos, endoprótesis aórticas, conductos valvulados, desfibriladores y el corazón artificial.

18. Tratamientos crónicos de diálisis y hemodiálisis.

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

20. La cirugía refractiva de cualquier tipo para miopía, hipermetropía y astigmatismo.

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

- los tratamientos en patología oftálmica intraocular
- tratamientos de hemorroides
- cirugía vascular periférica con patología (no estética)
- otorrinolaringología
- en fisioterapia músculo-esquelética

Queda excluida expresamente la técnica del láser verde en intervenciones de próstata

21. Las determinaciones del mapa genético, que tienen como finalidad conocer la predisposición del Asegurado o de su descendencia presente o futura a padecer ciertas enfermedades relacionadas con alteraciones genéticas.

22. Cirugía de cambio de sexo

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

24. Quedan expresamente excluidas las intervenciones, infiltraciones y tratamientos así como cualquier otra intervención que tenga un carácter puramente estético o cosmético. Igualmente quedan expresamente excluidas, cualquier tipo de patologías o complicaciones que pudieran manifestarse en un momento posterior y que estén directa y principalmente causadas por haberse sometido el asegurado a una intervención, infiltración o tratamiento de los anteriormente señalados de naturaleza puramente estética o cosmética.

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

26. Medicinas alternativas, naturopatía, homeopatía, acupuntura, mesoterapia, hidroterapia, magnetoterapia, presoterapia, ozonoterapia, etc, salvo que se indique expresamente lo contrario en las Condiciones Particulares de la póliza.

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

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

29. Todos los medicamentos no comercializados en España.

Forma de prestar los servicios

Por el presente contrato, el Asegurador asume, en los términos y con los límites que se expresan en las presentes Condiciones Generales, en las Particulares y, en su caso, en las Especiales y Suplementos de Póliza que se emitan, la asistencia médica y quirúrgica a nivel nacional, según la práctica usual, tanto en régimen ambulatorio como hospitalario de las enfermedades o lesiones comprendidas en la descripción de los servicios de la Póliza.

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

1. A través del cuadro médico

La asistencia, de conformidad con lo previsto en las disposiciones reglamentarias aplicables, se prestará en **todas las poblaciones donde el Asegurador tenga representación debidamente autorizada o cuenta con cuadros médicos concertados**. Cuando en cualquiera de las poblaciones donde radique dicha representación o cuadros médicos concertados no exista alguno de los servicios comprendidos en el contrato, serán facilitados en la provincia donde los mismos puedan realizarse, a elección del Asegurado. Los Asegurados podrán **acudir libremente a las consultas de los facultativos especialistas** que forman parte del cuadro médico de la Entidad. Además, el Asegurador podrá asignar al Asegurado el médico general, o de familia y, en su caso, pediatra o puericultor, de entre los que figuran en el Cuadro Médico de la Entidad, a fin de adscribirle a sus servicios como médico de cabecera. **El Asegurado puede cambiar de médico de cabecera con la simple comunicación** al Asegurador, sin que deba aducir motivo alguno.

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.

Con carácter general, será necesaria la previa autorización expresa del Asegurador para intervenciones quirúrgicas, hospitalizaciones, médicos consultores y determinados métodos terapéuticos y pruebas diagnósticas, previa prescripción escrita de los facultativos de la Entidad. El Asegurador otorgará esta autorización, salvo que entendiéndose que se trata de una prestación no cubierta por la Póliza. Dicha autorización vinculará económicamente al Asegurador.

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

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

El Asegurador se obliga a prestar los servicios a domicilio únicamente en la **dirección que figura en la Póliza, y cualquier cambio de la misma habrá de ser notificado** por carta certificada con una **antelación mínima de ocho días al requerimiento de cualquier servicio**.

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

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

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

2. En medios no concertados con el Asegurador

El Asegurador 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, el Asegurador no se hace responsable de los gastos de internamiento ni de los servicios originados en centros privados o públicos no concertados con el Asegurador, cualquiera que sea el facultativo prescriptor o realizador de los mismos, salvo en lo previsto en el último párrafo del título anterior. A través del cuadro médico.

En los casos de urgencia, cuyo concepto se define en la presente Póliza, **el Asegurador se hará responsable de los gastos médico asistenciales ocasionados en centros privados, debiendo el Asegurado comunicarlo a través de cualquier medio, dentro de los 7 días siguientes a la prestación de dicha asistencia,** con el fin de trasladar al mismo a uno de los centros concertados con el Asegurador, siempre que su situación clínica lo permita. Asimismo, deberá efectuar descripción por escrito del siniestro dentro del plazo máximo de 7 días, de acuerdo con el artículo 16 de la Ley de Contrato de Seguro.

La incorporación en la cobertura de la póliza de nuevos procedimientos diagnósticos, terapéuticos

Otros aspectos de su seguro

BASES, PÉRDIDA DE DERECHOS, RESCISIÓN E INDISPUTABILIDAD DEL CONTRATO

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

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

a) Si al cumplimentar el cuestionario el Tomador del Seguro o Asegurado ha sido inexacto o ha omitido dolosamente cualquier circunstancia por él conocida que pueda influir en la valoración del riesgo, el Asegurador podrá rescindir el contrato durante los treinta días siguientes a la fecha en que haya tenido conocimiento de dicha omisión (Art. 10 de la Ley de Contrato de Seguro).

b) En caso de agravación del riesgo, si el Tomador del Seguro o el Asegurado no lo comunican al Asegurador y han actuado de mala fe (Art. 12 de la Ley de Contrato de Seguro).

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

d) Si el hecho garantizado sobreviene antes de que se haya pagado la prima, salvo pacto en contrario (Art. 15 de la Ley del Contrato del Seguro).

3. **El Tomador podrá rescindir el contrato cuando se varíe el cuadro facultativo,** siempre que afecte al médico de cabecera, o al tocólogo, o al puericultor de zona, o al 50% de los especialistas que integren el cuadro médico

del Asegurador, quien tendrá a disposición del Asegurado en todo momento en sus oficinas la relación completa y actualizada de dichos especialistas, para su consulta.

4. La póliza será indisputable en cuanto al estado de salud del Asegurado y el Asegurador no podrá negar sus prestaciones alegando la existencia de enfermedades anteriores, una vez transcurrido un (1) año desde la fecha de efecto del presente contrato, salvo que el Tomador del Seguro o el Asegurado hayan actuado dolosamente.

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

En otro caso, si como consecuencia de una declaración inexacta de la edad la prima pagada es inferior a la que correspondería pagar, el Asegurado vendrá obligado a abonar al Asegurador la diferencia existente entre las cantidades efectivamente satisfechas a éste en concepto de primas y las que realmente le hubiese correspondido pagar según su verdadera edad.

Si por el contrario la prima pagada es superior a la que debería haberse abonado, el Asegurador estará obligado a restituir el exceso de las primas percibidas sin intereses.

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

Este derecho solo corresponde a los Tomadores personas físicas que actúen con un propósito

ajeno a una actividad comercial o profesional propia.

Para ejercitar este derecho, el Tomador remitirá una comunicación dirigida al Asegurador, utilizando cualquier soporte duradero y accesible al Asegurador. El Tomador podrá remitir esta comunicación utilizando medios electrónicos, siempre que disponga de los dispositivos que garanticen la integridad, autenticidad y no alteración de la comunicación, y permitan constatar la fecha de envío y recepción de la misma.

DURACIÓN DEL SEGURO

1. El seguro se estipula por el periodo de tiempo previsto en las condiciones particulares y, a su vencimiento, de conformidad con el artículo 22 de la Ley de Contrato de Seguro, se prorrogará tácitamente por periodos no superiores a un año. No obstante, cualquiera de las partes podrá oponerse a la prórroga mediante notificación escrita a la otra parte, efectuada con antelación no inferior a dos meses respecto de la fecha de conclusión del periodo en curso.

2. El Asegurador no podrá resolver la Póliza cuando el Asegurado se halle en tratamiento en régimen hospitalario, hasta el alta del mismo, salvo renuncia del Asegurado a continuar el tratamiento.

3. Respecto a cada Asegurado, el seguro se extingue:

a) Por fallecimiento

b) Si en la Póliza están incluidos familiares que convivan con el Tomador del Seguro, cuando dejen de vivir de manera habitual en el domicilio de este último, lo cual deberá ser comunicado al Asegurador. Si estas personas contratan un nuevo seguro, antes de transcurrir un mes desde la comunicación anteriormente citada, el Asegurador mantendrá los derechos de antigüedad por ellos adquirida, siempre y cuando suscriban las mismas garantías.

c) Por traslado de residencia al extranjero o por no residir un mínimo de nueve (9) meses al año en territorio nacional.

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

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

PRIMAS DEL SEGURO

1. El Tomador del Seguro, de acuerdo con el artículo 14 de la Ley de Contrato de Seguro, está obligado al pago de la prima, que se realizará mediante domiciliación bancaria salvo que, en condición particular, se acuerde otra cosa.

2. La primera prima será exigible, conforme al artículo 15 de la citada Ley, una vez **firmado el contrato.** Si no hubiera sido pagada por culpa del Tomador del Seguro, el Asegurador tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago en vía ejecutiva con base en la Póliza, y si no hubiera sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el Asegurador quedará liberado de su obligación, salvo pacto en contrario.

3. En caso de falta de pago de la segunda y sucesivas primas, la garantía del Asegurador queda suspendida un mes después del día de su vencimiento, y si el Asegurador no reclama el pago en el plazo de los seis meses siguientes a dicho vencimiento, se entenderá que el contrato queda extinguido. Si el contrato no hubiera sido resuelto o extinguido conforme a las condiciones anteriores, la garantía vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que Tomador del Seguro pague la prima. En cualquier caso, el Asegurador, cuando el contrato esté en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la prima del periodo en curso.

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

5. En cada renovación del contrato 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 el aumento del coste de los servicios sanitarios, el tipo e incremento 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, el sexo y la zona geográfica correspondiente al lugar de prestación de los servicios, aplicando las tarifas establecidas por el Asegurador en la fecha de renovación de cada póliza. Dicha actualización de primas será comunicada por escrito por Sanitas al Tomador con al menos dos meses de antelación a la fecha de renovación.

6. El Tomador del Seguro, recibida, en su caso, la comunicación del Asegurador relativa a la variación de la cuantía de las primas para la siguiente anualidad, podrá optar entre la prórroga del contrato de seguro y la extinción del mismo al vencimiento del periodo del seguro en curso. En este último caso, el Tomador del Seguro deberá notificar por escrito al Asegurador su voluntad de dar por finalizada a su término la relación contractual. El pago del primer recibo correspondiente a la prima del periodo de prórroga en curso supondrá la aceptación del conjunto de las nuevas condiciones del contrato de seguro.

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

DERECHOS Y DEBERES

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

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

a) Declarar al Asegurador, antes de la conclusión del contrato y de acuerdo con el cuestionario al que este le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. Quedará exonerado de tal deber si el Asegurador no le somete a cuestionario o cuando, aún haciéndolo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él.

El Asegurador podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al Tomador del Seguro en el plazo de un mes, a contar del conocimiento de la reserva o inexactitud del Tomador del Seguro o Asegurado. Corresponderán al Asegurador, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, primas relativas al periodo en curso en el momento que haga esta declaración.

Si el siniestro sobreviene antes de que haga el Asegurador la declaración a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de éste se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si medió dolo o culpa grave del Tomador del Seguro, el Asegurador quedará liberado del pago de la prestación.

b) Comunicar al Asegurador, durante el curso del contrato y tan pronto como le sea posible, todas las circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por este en el momento de la perfección del contrato, no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas.

El Asegurador puede, en un plazo de dos meses a contar del día en que la agravación le ha sido

declarada, proponer una modificación del contrato. En tal caso, el Tomador dispone de quince días a contar desde la recepción de esta proposición para aceptarla o rechazarla. En caso de rechazo, o de silencio por parte del Tomador, el Asegurador puede, transcurrido dicho plazo, rescindir el contrato previa advertencia al Tomador, dándole para que conteste un nuevo plazo de quince días, transcurridos los cuales y dentro de los ocho siguientes comunicar al Tomador la rescisión definitiva.

El Asegurador igualmente podrá rescindir el contrato comunicándolo por escrito al Asegurado dentro de un mes, a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo. En el caso de que el Tomador del Seguro o Asegurado no haya efectuado su declaración y sobreviniera un siniestro, el Asegurador queda liberado de su prestación si el Tomador o el Asegurado ha actuado con mala fe. En otro caso, la prestación del Asegurador se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se habría aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

c) Comunicar al Asegurador, tan pronto como le sea posible, el cambio de domicilio. Si el cambio de domicilio supone una disminución del riesgo será de aplicación lo dispuesto en el artículo 13 de la Ley de Contrato de Seguro, que dispone: “En tal caso, al finalizar el periodo en curso cubierto por la prima, deberá reducirse el importe de la prima futura en la proporción correspondiente, teniendo derecho el Tomador en caso contrario a la resolución del contrato y a la devolución de la diferencia entre la prima satisfecha y la que le hubiera correspondido pagar, desde el momento de la puesta en conocimiento de la disminución del riesgo”. Si por el contrario supone una agravación del riesgo, será de aplicación lo previsto en la letra b) anterior.

d) Para la utilización de los servicios prestados por los denominados médicos consultores en el presente contrato, el Asegurado deberá proveerse del oportuno documento vinculativo

de asistencia que deberá entregar cuando se le preste algún servicio de esta índole. Estos servicios sólo podrán ser utilizados previa prescripción de un especialista de la Entidad y con la autorización del Asegurador.

e) Para la utilización de los servicios que procedan y estén descritos en la Cláusula Primera, el Asegurado deberá presentar su tarjeta Sanitas, documento personal e intransferible. En caso de pérdida o sustracción de esta tarjeta, el Tomador y/o Asegurado tiene(n) la obligación de comunicarlo al Asegurador en el plazo de cuarenta y ocho horas, procediéndose a emitir una nueva tarjeta y anular la extraviada o sustraída.

Además, el Tomador del Seguro y/o Asegurado se obliga(n) a devolver al Asegurador la(s) tarjeta(s) Sanitas, en el caso de rescisión, resolución y, en general, de finalización de la relación contractual cualquiera que sea la causa de la misma.

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

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

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

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

RECLAMACIONES

2. Derechos del tomador del seguro y/o asegurado

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

b) El Tomador del Seguro y/o Asegurado podrá reclamar al Asegurador, en el plazo de un mes desde la entrega de la Póliza, que se subsanen las divergencias existentes entre esta y la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas, según dispone el artículo 8 de la Ley de Contrato de Seguro.

c) El Tomador del Seguro o el Asegurado podrá, durante el curso del contrato, poner en conocimiento del Asegurador todas las circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por este en el momento de la perfección del contrato, lo habría concluido en condiciones más favorables. En tal caso, al finalizar el periodo en curso cubierto por la prima, deberá reducirse el importe de la prima futura en la proporción correspondiente, teniendo derecho el Tomador en caso contrario a la resolución del contrato y a la devolución de la diferencia entre la prima satisfecha y la que hubiera correspondido pagar, desde el momento de la puesta en conocimiento de la disminución del riesgo.

3. Obligaciones del asegurador

a) Además de hacer efectivas las garantías aseguradas, el Asegurador deberá entregar al Tomador del Seguro la Póliza o, en su caso, el documento de cobertura provisional o el que proceda según lo dispuesto en el artículo 5 de la Ley de Contrato de Seguro, así como un ejemplar del cuestionario y demás documentos que haya suscrito el Tomador del Seguro.

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

1. Libro de reclamaciones

En las oficinas del Asegurador existe un **libro oficial de reclamaciones** para que los Asegurados puedan hacer constar en él las que consideren oportunas.

2. Prescripción

Las acciones del Tomador del Seguro y del Asegurado para reclamar judicialmente contra el rechazo de una prestación prescriben a los cinco años, a contar desde el día en que pudieran ejercitarse.

3. Control e instancias de reclamación

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

B. En caso de cualquier tipo reclamación sobre el contrato de seguro, el Tomador, Asegurado, Beneficiario, Tercero perjudicado o Derecho habientes de cualquiera de ellos, deberán dirigirse para su resolución:

1. Al Departamento de Atención al Cliente del Asegurador, mediante escrito dirigido a la **calle Ribera del Loira nº 52 (28042 Madrid) o al fax 91 585 24 68 o a la dirección de correo electrónico departamentocalidad@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.

2. Una vez agotada dicha vía interna del Asegurador, o en caso de no estar conformes con la resolución de este, podrán formular su reclamación ante el Defensor del Asegurado designado por el Asegurador en los siguientes casos:

a) Cuando se trate de reclamaciones cuya cuantía no exceda de 21.000 euros y afecten a la interpretación de las Condiciones Generales y Particulares de la póliza. No podrán someterse al Defensor del Asegurado las reclamaciones que versen sobre la actuación personal o profesional de los médicos, hospitales y servicios médicos en general que presten atención médica a los asegurados.

b) Cuando aún estando fuera de los anteriores supuestos, así lo acepte el Asegurador. Para reclamar ante el **Defensor del Asegurado** el reclama mante deberá dirigir un escrito al apartado de correos nº 50.072 (28080 Madrid) exponiendo los motivos de su reclamación. A la vista del mismo, el Defensor acusará recibo por escrito y se declarará o no competente. Si se declara competente, una vez estudiada la reclamación, dictará –dentro del plazo máximo legal de dos meses computados desde la fecha de presentación de la reclamación ante el Asegurador– una resolución motivada que será comunicada por escrito tanto al reclamante como al Asegurador, para quien resultará vinculante .

3. También, se podrá iniciar el procedimiento administrativo de reclamación ante el Comisionado para la Defensa del Asegurado y del Partícipe en Planes de Pensiones. Para ello, el reclamante deberá acreditar que ha transcurrido el plazo establecido para la resolución de la reclamación por el Defensor del Asegurado o que ha sido denegada la admisión de la reclamación o desestimada su petición por este.

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

OTROS ASPECTOS LEGALES A TENER EN CUENTA

1. Subrogación

El Asegurado debe facilitar la Subrogación al Asegurador, quien podrá ejercitar los derechos y las acciones que por razón del siniestro

correspondieran al Asegurado frente a las personas responsables del mismo.

El Asegurador no tendrá derecho a la subrogación contra ninguna de las personas cuyos actos u omisiones den origen a responsabilidad del Asegurado, de acuerdo con la Ley, ni contra el causante del siniestro que sea, respecto del Asegurado, pariente en línea directa o colateral dentro del tercer grado civil de consanguinidad, padre adoptante o hijo adoptivo que convivan con el Asegurado.

Pero esta norma no tendrá efecto si la responsabilidad proviene de dolo o si la responsabilidad está amparada mediante un contrato de seguro. En este último supuesto, la subrogación estará limitada en su alcance de acuerdo con los términos de dicho contrato.

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

2. Duplicado de la póliza

En caso de extravío de la Póliza, el Asegurador a petición del Tomador del Seguro o, en su defecto, del Beneficiario, **tendrá obligación de expedir copia o duplicado de la misma**, la cual tendrá idéntica eficacia que la original.

La petición se hará por escrito en el que se expliquen las circunstancias del caso, se aporten las pruebas de haberlo notificado a quienes resulten titulares de algún derecho en virtud de la Póliza y el solicitante se comprometa a devolver la Póliza original si apareciese y a indemnizar al Asegurador de los perjuicios que le irroque la reclamación de un tercero.

3. Comunicaciones

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

3.2. Las comunicaciones del Asegurador al Tomador del Seguro, al Asegurado o Beneficiario, se realizarán en el domicilio de los mismos, recogido en la Póliza, salvo que hubiesen notificado el cambio de su domicilio al Asegurador.

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

4. Protección de datos de Carácter Personal

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 incluidos en la misma.

No obstante faculta al Asegurador, para que pueda requerir de médicos, clínicas, hospitales... y por tanto autoriza a éstos a que faciliten al Asegurador, los datos sobre la salud de las personas que hayan sido incluidas en la póliza que entienda necesarios para la gestión del seguro, ofrecimiento de los programas integrales asistenciales que pueda tener el Asegurador para la mejora de su proceso asistencial, el mejor conocimiento y valoración de los riesgos a cubrir, para prevención del fraude y para la atención de las reclamaciones presentadas por los propios asegurados.

Asimismo y de conformidad con la Ley 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de carácter Personal y el Real Decreto 1720/2007 de 21 de diciembre por el que se aprueba el Reglamento de Desarrollo de la ley orgánica 15/1999, el Asegurador informa al tomador del seguro y a los asegurados y estos consienten, en que todos sus datos personales sean incorporados a ficheros titularidad del Asegurador para servir a las actividades propias de esta compañía, la efectividad de las relaciones contractuales, el ofrecimiento de programas asistenciales integrales que les permitan mejorar su salud, el conocimiento de

los motivos de baja de la póliza, la prevención del fraude y el envío, por cualquier medio, de publicidad u otras ofertas que pudieran resultar de su interés de la entidad y terceros con los que establezca vínculos de colaboración, autorizando a SANITAS a tratar sus datos para enviarle la información que más se adapte a sus necesidades específicas. Con el objeto de prevenir el fraude, los asegurados consienten expresamente en que sean conservados por el Asegurador los datos necesarios para este fin aunque se haya extinguido la relación contractual. Si el Tomador/Asegurado no consintiera la inclusión de sus datos en estos ficheros y su posterior tratamiento, el contrato de seguro no podrá llevarse a efecto.

Asimismo, los asegurados y el tomador autorizan expresamente la cesión de dichos datos a empresas del Grupo Sanitas que constan identificadas en www.sanitas.es, relacionadas con productos y servicios financieros, seguros, socio-sanitarios y/o de salud o bienestar, así como por motivo de coaseguro o reaseguro del riesgo y cualquier otra entidad con la que establezca vínculos de colaboración, para la efectividad de las relaciones contractuales con el asegurado así como para el envío de información comercial de las mismas.

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 informará a dichos asegurados que los datos relativos a servicios médicos que les sean cubiertos por la póliza, les serán comunicados al tomador de la misma salvo que por parte del tomador se libere por escrito al Asegurador de su deber legal de informarle o sea solicitado por cualquiera de los beneficiarios.

El tomador manifiesta que cuenta con el consentimiento de los asegurados tanto para que por el tomador facilite sus datos personales al Asegurador como para que éste proporcione al tomador, la información sobre los servicios

médicos de los asegurados cubiertos por la póliza.

Los derechos de oposición, acceso, rectificación y cancelación de estos datos previos en la mencionada legislación, pueden ser ejercitados en la sede del Asegurador, calle Ribera del Loira 52, 28042 Madrid, Departamento de Relaciones con Clientes.

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, debe remitir comunicación en ese sentido a la siguiente dirección de correo electrónico: relacionesclientes@sanitas.es.

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.

OTROS

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

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

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 29 de Agosto de 2013

Por el Asegurado/
Tomador del Seguro

Por el Asegurador



Sergio de Andrés Osorio
Sanitas, S.A. de Seguros

**SU GARANTÍA
COMPLEMENTARIA**

Europ Assistance

¿QUÉ ES?

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

¿QUÉ SERVICIOS TENGO INCLUIDOS?

1. Gastos médicos

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

En cualquiera de los casos expresados, y siguiendo el procedimiento que se determina en el **epígrafe 16 "Utilización de los Servicios"**, es necesario e indispensable que el asegurado comunique a **Europ Assistance** que precisa Asistencia médica, requiriendo su autorización antes de su prestación para que los gastos así devengados sean asumidos y/o autorizados por la citada Compañía.

En el caso de que dicha comunicación previa del siniestro no sea efectuada por el beneficiario, o persona autorizada por éste, ni prestada consecuentemente la asistencia con la previa autorización de Europ Assistance, tanto ésta como el asegurador quedarán liberados de su obligación de pago o gasto por concepto alguno.

En los supuestos de urgencia vital, cuyo concepto se define en las Condiciones Generales de la Póliza de Asistencia Sanitaria de la que este suplemento es anexo, deberán comunicarse por el Asegurado al Asegurador en el plazo de las 72 horas siguientes a la prestación de la asistencia, con el fin de realizar el adecuado seguimiento y -en su caso- trasladar al Asegurado a uno de los Centros concertados con el Asegurador, siempre que la situación clínica del Asegurado lo permita. Asimismo el Asegurado deberá efectuar descripción del siniestro dentro del plazo máximo de 7 días desde su ocurrencia de acuerdo con lo dispuesto en el contrato de seguro suscrito y en la legislación vigente.

¿Qué incluye?

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

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

¿Qué no incluye?

- **los gastos médicos en el extranjero inferiores a 3€**
- **los gastos ocasionados por el diagnóstico o el tratamiento de un estado fisiológico (ejemplo: embarazo) o enfermedad ya**

conocida antes de la fecha de la iniciación del viaje, a menos que sea una complicación clara o imprevisible; los tratamientos ordenados en España; los gastos del embarazo producidos a partir de los 150 primeros días

- los gastos de gafas, lentillas, muletas y de prótesis en general
- las consecuencias directas o indirectas de la transmutación del núcleo del átomo, así como de las radiaciones provocadas por la aceleración artificial de las partículas atómicas
- las consecuencias derivadas de guerra, insurrección, tumultos populares, movimientos telúricos, inundaciones o erupciones volcánicas
- las asistencias o prestaciones que resultaren de la participación en cualquier prueba de competición motorizada (carrera o rally)

Límites

10.000€ por persona y siniestro.

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

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

3. Traslado de enfermos o heridos

¿Qué incluye?

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

- en avión sanitario especial
- en helicóptero sanitario

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

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

¿Qué no incluye?

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

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

Si el asegurado, durante el viaje, debe estar hospitalizado más de cinco días y ningún familiar directo se encuentra a su lado, **EUROP ASSISTANCE** 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. **EUROP ASSISTANCE**, 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, **EUROP ASSISTANCE** 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. **EUROP**

ASSISTANCE no tomará a su cargo los gastos de funeral e inhumación. En su caso, y tras la petición de los Beneficiarios, EUROP ASSISTANCE 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. **EUROP ASSISTANCE 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, **EUROP ASSISTANCE** 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, **EUROP ASSISTANCE** organizará y tomará a su cargo el desplazamiento, ida y vuelta, de una persona residente en España designada por el Asegurado o su familia, o de una azafata de **EUROP ASSISTANCE**, 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, **EUROP ASSISTANCE** le asistirá en su búsqueda y localización, asesorándole en la gestión para interponer la correspondiente denuncia. Si el equipaje es localizado, **EUROP ASSISTANCE** 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.

EUROP ASSISTANCE 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.

EUROP ASSISTANCE 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.

EUROP ASSISTANCE adelantará fondos al Asegurado, en caso de necesidad, **hasta el límite de 1.500 Euros.** **EUROP ASSISTANCE 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 EUROP ASSISTANCE 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, **EUROP ASSISTANCE 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 EUROP ASSISTANCE 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, **Europ Assistance** le concederá un anticipo equivalente al importe de la fianza penal exigida por las autoridades locales **hasta un máximo de 10.000 €**.

Europ Assistance 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 **Europ Assistance** 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, **EUROP ASSISTANCE** se encargará de localizarlo y enviárselo por el medio más rápido y con sujeción a las legislaciones locales.

¿Qué no incluye?

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

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

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

15. Ámbito temporal

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

16. Utilización de los servicios

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

Para tener derecho a la utilización de todos los servicios incluidos en este suplemento adicional de Asistencia en Viaje, el Asegurado deberá estar al corriente de sus obligaciones con el Asegurador. Antes de la utilización de cualquiera de los servicios incluidos, será preciso e imprescindible que el Asegurado se ponga previamente en contacto, mediante llamada telefónica (si lo desea a cobro revertido, a cualquier hora del día, todos los días del año) con el teléfono de asistencia en el extranjero que figura en el dorso de su tarjeta de Sanitas.

En caso de que dicha comunicación de siniestro no sea efectuada, ni prestada consecuentemente la asistencia con la previa autorización de **EUROP ASSISTANCE**, tanto ésta como el Asegurador quedarán liberados de la obligación de pago de cualquier tipo de gasto o indemnización. Se exceptúan únicamente las necesarias asistencias con carácter de urgencia vital cuyo concepto se define en las Condiciones Generales de la Póliza de Asistencia Sanitaria de la que este suplemento es anexo, que deberán comunicarse por el Asegurado al Asegurador a través de cualquier medio, en el plazo de las 72 horas siguientes a la prestación de dicha asistencia, con el fin de realizar el adecuado seguimiento y -en su caso- trasladar al Asegurado a uno de los centros concertados con el Asegurador, siempre que la situación clínica del Asegurado lo permita. Asimismo, el Asegurado deberá efectuar descripción por escrito del siniestro dentro del

plazo máximo de 7 días, desde su ocurrencia de acuerdo con lo dispuesto en el contrato de seguro suscrito y en la legislación vigente.

GUÍA PRÁCTICA DE UTILIZACIÓN

Cómo acceder a su seguro médico

¿Qué tipo de seguro tengo?	Cobertura
Cuadro Médico	Puede acudir a cualquiera de los centros médicos y profesionales de Sanitas con una cobertura del 100% de los gastos médicos de las prestaciones contempladas en su póliza.

¿Qué necesita para disfrutar de sus servicios?

Tipo de Servicios	Prescripción Médica	Autoriz. Compañía	Autoriz. Oficinas	Tarjeta Sanitas	Otros documentos necesarios	Acceso
Servicios de Acceso directo	No necesaria	No necesaria		Necesaria		
Servicios liberalizados	Necesaria	No necesaria		Necesaria	Documento de prescripción del servicio	
Servicios no liberalizados	Necesaria	Necesaria		Necesaria	Documento de prescripción autorizado	Teléfono de autorización de servicios 902 102 400
Servicios especiales	Necesaria		Necesaria	Necesaria	Documento autorizado	

* Son aquellos a los que podrá acceder siempre y cuando hayan sido prescritos por facultativos habilitados por la compañía y autorizados por la misma.

¿Conoces Sanitas Dental?

Como cliente de Sanitas, puede contratar otros productos a precios muy ventajosos, como Sanitas Dental, que le permite acceder a la última tecnología bucodental y los mejores profesionales.

En www.sanitas.es/dentalred encontrará más información de nuestra **red de centros milenium dental**, (centros de uso exclusivo para los clientes de Sanitas), así como las ventajas y coberturas de Sanitas Dental para tener acceso a todas las especialidades odontológicas.

Si necesita contactar con nosotros

Estimado Sr. GARCIA:

Si necesita comunicarse con nosotros, no dude en utilizar cualquiera de las vías de contacto que le facilitamos a continuación.

Atención al Cliente 902 102 400



Servicio telefónico donde podrá resolver sus dudas acerca de nuestros servicios, las coberturas de su seguro, validar los volantes que necesiten el visado de Sanitas, y hacernos llegar todas sus sugerencias y recomendaciones.

Asistencia en el extranjero 91 345 65 84

Servicio de información telefónica en el caso de necesitar atención médica de urgencia en el extranjero.

Sanitas 24 horas 902 106 102



Atención informativa proporcionada por profesionales médicos 24 horas al día 365 días al año, donde podrá solicitar asesoramiento médico, aclarar dudas relacionadas con tratamientos, interpretación de análisis, etc.

Urgencias 24 horas 902 103 600

Servicio telefónico para la gestión de urgencias las 24 horas del día todos los días del año.



Segunda opinión médica 902 408 409

Teléfono de consulta de la segunda opinión sobre un diagnóstico o tratamiento médico de enfermedades graves o de carácter crónico, emitida por especialistas de primer nivel en cualquier país del mundo.



Contratación 901 100 210

Atención telefónica de asesoramiento y contratación de productos y servicios de Sanitas.

Domicilio Social: Ribera del Loira, 52 - 28042 Madrid
Fax 91 585 87 00 Web www.sanitas.es

Teléfonos y direcciones de interés

En esta hoja puede apuntar los teléfonos y direcciones de los especialistas que más visita o que más le interesen

De esta forma, los encontrará más rápidamente cada vez que los necesite.

Doctor:	Especialidad:
Teléfono:	
Dirección:	
Doctor:	Especialidad:
Teléfono:	
Dirección:	
Doctor:	Especialidad:
Teléfono:	
Dirección:	

Doctor:

Especialidad:

Teléfono:

Dirección:

Doctor:

Especialidad:

Teléfono:

Dirección:

Doctor:

Especialidad:

Teléfono:

Dirección:

Doctor:

Especialidad:

Teléfono:

Dirección:
