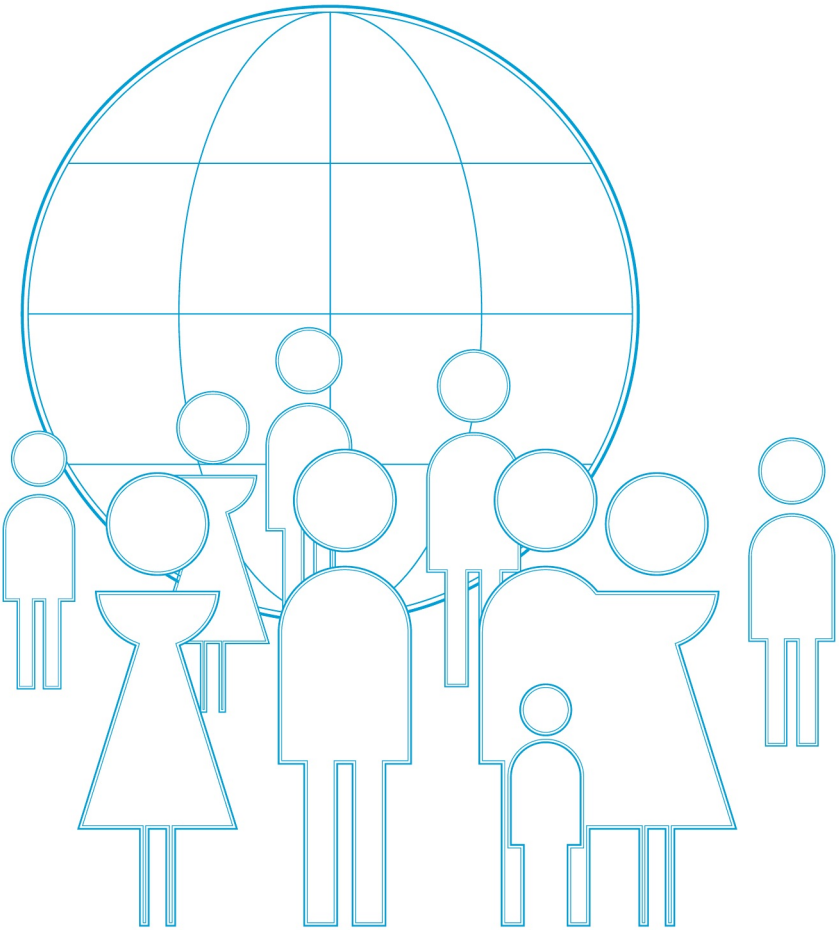
SUS CONDICIONES GENERALES



Sanitas Sociedad Anónima de Seguros

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

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

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

C.I.F. A-28037042

ÍNDICE

Sus condiciones generales

Cláusula preliminar....6

Glosario de términos....7

Cláusula I: Objeto del seguro....11

Cláusula II: Coberturas....11

COBERTURAS PRINCIPALES DE LA PÓLIZA....11

1. Asistencia primaria....11

1.1. Medicina Familiar....11

1.2. Pediatría y Puericultura....11

1.3. Servicio de Enfermería....11

2. Urgencias....11

Sanitas 24 horas....11

3. Especialidades médicas....12

3.1. Alergología....12

3.2. Análisis Clínicos....12

3.3. Anatomía Patológica....12

3.4. Anestesiología....12

3.5. Angiología y Cirugía Vascular....12

3.6. Aparato Digestivo....12

3.7. Cardiología....12

3.8. Cirugía Cardiovascular....12

3.9. Cirugía General y del Aparato Digestivo....12

3.10. Cirugía Maxilofacial....12

3.11. Cirugía Ortopédica y Traumatológica....12

3.12. Cirugía Pediátrica....12

3.13. Cirugía Reparadora....12

3.14. Cirugía Torácica....12

3.15. Dermatología....12

3.16. Endocrinología y Nutrición....12

3.17. Geriatría....12

3.18. Hematología y Hemoterapia....12
3.19. Medicina Interna....13
3.20. Medicina Nuclear....13
3.21. Nefrología....13
3.22. Neumología....13
3.23. Neurocirugía....13
3.24. Neurofisiología Clínica....13
3.25. Neurología....13
3.26. Obstetricia y Ginecología....13
3.26.1. Asistencia de Neonatología....14
3.26.2. Asistencia al recién nacido....14
3.27. Oftalmología....14
3.28. Oncología Médica....14
3.29. Otorrinolaringología....14
3.30. Psiquiatría....14
3.31. Radiodiagnóstico-Diagnóstico por Imagen....14
3.32. Radioterapia....15
3.33. Rehabilitación....15
3.34. Reumatología....15
3.35. Urología....15

4. Otros servicios asistenciales....15
4.1. Ambulancia....15
4.2. Atención Especial en Domicilio....15
4.3. Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matronas)....15
4.4. Fisioterapia....15
4.5. Logofoniatría....15
4.6. Odontoestomatología....15
4.7. Podología (exclusivamente Quiropodia)....16
4.8. Prótesis....16
4.9. Programa Materno Infantil....16
4.10. Psicología....16
4.11. Terapias respiratorias domiciliarias....16

5. Asistencia hospitalaria....17

6. Detección precoz de enfermedades....17

COBERTURAS ADICIONALES DE LA PÓLIZA....18

Segunda opinión médica....19

Cobertura en Estados Unidos....19

Sanitas Dental....19

Asistencia de urgencias en el extranjero....23

Cobertura de farmacia....26

Cláusula III: Coberturas excluidas....28

Cláusula IV: Periodos de carencia....31

Cláusula V: Forma de prestar los servicios....32

Cláusula VI: Otros aspectos de su seguro....34

1. Bases y pérdida de derechos del contrato....34
2. Duración del seguro....35
3. Primas del seguro....35
4. Altas de recién nacidos....36
5. Aportación de informes....37
6. Reclamaciones....37
7. Otros aspectos legales a tener en cuenta....38
8. Otros....39
9. Jurisdicción....39

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), por la Ley 22/2007 de 11 de julio, sobre comercialización a distancia de servicios financieros destinados a los consumidores, la Ley 26/2006, de 17 de julio, de mediación de seguros y reaseguros privados, y por lo convenido en las presentes Condiciones Generales y en las Particulares.

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

Glosario de términos

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

TÉRMINOS ASEGURADORES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PRESTACIÓN
Realización por SANITAS de las garantías comprometidas en la póliza.

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

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

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

TÉRMINOS SANITARIOS

ASISTENCIA SANITARIA
Acto de atender o cuidar la salud de una persona.

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

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

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

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

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

D.U.E./ENFERMERO/A.T.S.
Diplomado Universitario en Enfermería, o Asistente Técnico Sanitario legalmente capacitado y autorizado para desarrollar la actividad de enfermería.

ENFERMEDAD
Toda alteración del estado de salud, que no sea consecuencia de accidente o lesión, y cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por un profesional sanitario legalmente reconocido, y que haga precisa la asistencia facultativa.

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

GUÍA ORIENTADORA DE MÉDICOS Y SERVICIOS

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

HABITACIÓN CONVENCIONAL

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

HOSPITAL

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

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

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

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

LESIÓN

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

MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS

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

MATERIAL ORTOPÉDICO

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

MÉDICO

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

RECIÉN NACIDO

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

PARTO

Se define como la salida de uno (o más) recién nacidos y la(s) placenta desde el interior de la cavidad uterina al exterior. El parto normal o a término es aquél que se produce entre la 37ª y la 42ª semana desde la fecha de la última menstruación. Los partos ocurridos antes de las 37 semanas se consideran partos prematuros y los que ocurren después de las 42 semanas se consideran partos post-término.

PATOLOGÍA ORGÁNICA

Lesión estructural en tejidos u órganos del cuerpo humano

PRÓTESIS

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

PSICOLOGÍA

Ciencia que implica la aplicación práctica del conocimiento, habilidades y técnicas para el

diagnóstico, prevención o solución de problemas individuales o sociales, especialmente en cuanto a la interacción entre el individuo y el entorno físico y social.

SERVICIOS A DOMICILIO

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

SERVICIOS DE ASISTENCIA URGENTE

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

TRATAMIENTO

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

URGENCIA

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

URGENCIA VITAL

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

Cláusula I: Objeto del seguro

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

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

Cláusula II: Coberturas

COBERTURAS PRINCIPALES DE LA PÓLIZA

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

1. Asistencia primaria

1.1. Medicina Familiar

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

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

1.2. Pediatría y Puericultura

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

1.3. Servicio de Enfermería

Comprende la asistencia en consulta y a domicilio.

2. Urgencias

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

En caso justificado, se atenderá al Asegurado, en el lugar donde se encuentre, por los servicios permanentes de guardia, **únicamente en aquellas poblaciones en las que SANITAS tenga concertada la prestación de dicho servicio.**

Sanitas 24 horas

Servicio telefónico que comprende la atención informativa facilitada por un equipo médico, que asesorará al Asegurado sobre sus preguntas de carácter médico, tratamientos, medicación, lectura de análisis, etc., las 24 horas del día, los 365 días del año.

3. Especialidades médicas

3.1. Alergología

3.2. Análisis Clínicos

3.2.1. Estudios Genéticos

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

3.3. Anatomía Patológica

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

3.4. Anestesiología

3.5. Angiología y Cirugía Vascular

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

3.6. Aparato Digestivo

La prueba diagnóstica fibroescan está cubierta, **una vez al año por Asegurado, solo para evaluar la evolución del grado de fibrosis hepática en hepatopatías crónicas, con exclusión de las que tienen alguna relación con el alcoholismo.**

La técnica de disección endoscópica submucosa **se incluye únicamente para el tratamiento de lesiones de la mucosa gástrica/colorectal, premaligna o maligna incipiente en las que se ha descartado polipectomia convencional y que se plantea el tratamiento quirúrgico.**

3.7. Cardiología

3.8. Cirugía Cardiovascular

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

3.9. Cirugía General y del Aparato Digestivo

Incluye la cirugía por vía laparoscópica.

3.10. Cirugía Maxilofacial

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

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

3.11. Cirugía Ortopédica y Traumatológica

Incluye la cirugía por vía artroscópica.

3.12. Cirugía Pediátrica

En idénticos términos y condiciones que la cirugía de adultos.

3.13. Cirugía Reparadora

3.14. Cirugía Torácica

3.15. Dermatología

3.16. Endocrinología y Nutrición

3.17. Geriatría

3.18. Hematología y Hemoterapia

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

3.19. Medicina Interna

3.20. Medicina Nuclear

Los medios de contraste son por cuenta de SANITAS.

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

A) Oncología Diagnóstico:

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

B) Estadificación:

- Tumores de cabeza y cuello, incluyendo biopsia guiada asistida.
- Cáncer de pulmón primario.
- Cáncer de mama localmente avanzado.
- Cáncer de esófago.
- Carcinoma de páncreas.
- Cáncer colorrectal, especialmente en las recurrencias.
- Linfoma maligno.
- Melanoma maligno, con Breslow mayor de 1,5 mm o metástasis en nódulos linfáticos en el diagnóstico inicial.

C) Monitorización de la respuesta al tratamiento:

- Linfoma maligno.
- Tumores de cabeza y cuello.

D) Detección en caso de sospecha razonable de recidiva:

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

E) Neurología:

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

3.21. Nefrología

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

3.22. Neumología

3.23. Neurocirugía

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

3.24. Neurofisiología Clínica

3.25. Neurología

3.26. Obstetricia y Ginecología

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

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

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

3.26.1. Asistencia de Neonatología

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

3.26.2. Asistencia al recién nacido

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

3.27. Oftalmología

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

3.28. Oncología Médica

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

SANITAS, sólo correrá con los gastos correspondientes a los productos farmacéuticos específicamente citostáticos, cuya comercialización se encuentre autorizada en el mercado nacional y siempre que se empleen de conformidad con las indicaciones que figuran en la ficha técnica del producto y cuya administración sea por vía parenteral, en tantos ciclos como sea necesario.

3.29. Otorrinolaringología

Incluye la cirugía mediante láser y radiofrecuencia.

3.30. Psiquiatría

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

3.31. Radiodiagnóstico-Diagnóstico por Imagen

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

También incluye:

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

- Cribado de cáncer de colon y poliposiscolónica en pacientes sin historia clínica conocida de cáncer de colon, poliposis o enfermedad inflamatoria intestinal, siempre que presenten antecedentes familiares de estas patologías o sean candidatos al cribado por edad (a partir de 50 años).

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

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

cardiaca y para evaluación de stents o injertos coronarios.

Queda excluida la valoración del score cálcico.

3.32. Radioterapia

3.33. Rehabilitación

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

3.34. Reumatología

3.35. Urología

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

Quedan excluidas las intervenciones de próstata mediante cualquier técnica de láser

4. Otros servicios asistenciales

4.1. Ambulancia

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

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

4.2. Atención Especial en Domicilio

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

4.3. Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matronas)

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

4.4. Fisioterapia

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

En régimen de ingreso hospitalario se prestará **sólo y exclusivamente para la recuperación del aparato locomotor secundaria a una cirugía ortopédica y la recuperación cardiaca tras la cirugía con circulación extracorpórea.** También incluye el drenaje linfático postmastectomía de origen neoplásico.

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

4.5. Logofoniatría

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

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

4.6. Odontoestomatología

Comprende exclusivamente consultas, extracciones, y limpiezas de boca.

4.7. Podología (exclusivamente Quiropodia)

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

4.8. Prótesis

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

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

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

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

3. Área Cardiovascular: las siguientes prótesis vasculares: stent, by-pass periférico o coronario, medicalizado o no medicalizado **con exclusión de los empleados en aorta en cualquiera de sus tramos y los conductos valvulados aórticos, válvulas cardíacas con exclusión de los conductos valvulados aórticos y cualquier otra de implantación por vía percutánea o transapical; marcapasos con exclusión de cualquier tipo de desfibrilador y del corazón artificial;** coils y/o materiales de embolización.

4. Quimioterapia o Tratamiento del Dolor: reservorios.

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

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

4.9. Programa Materno Infantil

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

4.10. Psicología

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

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

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

4.11. Terapias respiratorias domiciliarias

Comprende exclusivamente los siguientes tratamientos:

a) Oxigenoterapia: líquida, con concentrador y gaseosa.

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

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

c) Ventiloterapia y Aerosolterapia.

5. Asistencia hospitalaria

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

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

6. Detección precoz de enfermedades

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

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

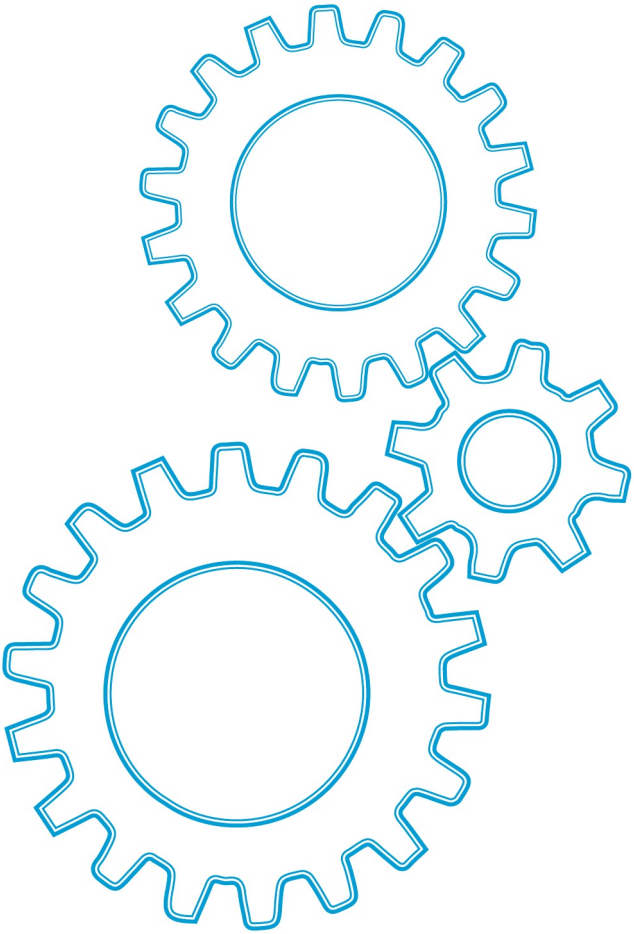
6.2. Cardiología: diagnóstico precoz del riesgo coronario.

6.3. Neumología: diagnóstico precoz del cáncer de pulmón

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

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

COBERTURAS ADICIONALES DE LA PÓLIZA



Segunda opinión médica

Comprende una segunda opinión sobre el diagnóstico o tratamiento médico en el caso de enfermedades graves, de carácter crónico, que necesiten una atención programada, cuyo curso requiera medidas excepcionales diagnósticas o terapéuticas y/o su pronóstico vital esté gravemente comprometido. Esta segunda opinión será emitida mediante informe médico por especialistas, centros asistenciales, médicos o académicos de primer nivel, en cualquier país del mundo, designados por SANITAS.

Para utilizar este servicio, el Asegurado remitirá el expediente clínico que comprenderá información médica escrita, radiografías u otros diagnósticos por imagen realizados excluyendo cualquier envío de material biológico o sintético. El expediente se hará llegar, con la debida confidencialidad, al especialista o centro correspondiente según la enfermedad de que se trate.

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

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

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

Cobertura en Estados Unidos

Las garantías objeto de cobertura por esta póliza podrán ser prestadas al Asegurado en Estados Unidos a través de los centros concertados a tal fin por SANITAS, siempre que dichos servicios sean previamente autorizados por SANITAS, la cual gestionará y tramitará los servicios objeto de cobertura.

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

- Límite total en Estados Unidos: 30.000€.
- Asistencia hospitalaria hasta 24.000€, con el sublímite de parto hasta 1.500€.
- Asistencia extrahospitalaria hasta 6.000€.

La presente cobertura se presta en virtud del acuerdo de colaboración de SANITAS con dichos centros concertados, quedando sin efecto en caso de extinción de dicho acuerdo.

Sanitas Dental

1. Servicios incluidos en su póliza

En este tipo de servicios el Asegurado no tiene que abonar al odontólogo cantidad alguna.

La asistencia de los servicios cubiertos se prestará exclusivamente por los facultativos que aparecen en la lista de odontólogos del cuadro facultativo correspondiente a esta póliza.

Dicha asistencia se llevará a cabo exclusivamente en la consulta del odontólogo, quedando excluida expresamente la asistencia fuera de la misma.

Son objeto de cobertura los servicios y actos que se indican a continuación:

ODONTOLOGÍA GENERAL Y PREVENTIVA

- Consulta odontología general: exploración y diagnóstico
- Fluorizaciones tópicas
- Limpieza de boca / tartrectomía
- Tratamiento para la sensibilidad dental
- Sellador de fisuras
- Consulta prioritaria en caso de urgencia

CIRUGÍAS

Extracciones

- Extracción simple
- Extracción cordal no incluido
- Extracción cordal incluido más quistes dentarios
- Extracción pieza dental incluida (no cordal) más quistes dentarios
- Extracción Restos Radiculares
- Extracción por odontosección
- Revisión postoperatoria (incluye retirar suturas)

Cirugía menor

- Extirpación épulis / pequeños quistes mucosos
- Drenaje absceso gingival/paradontal
- Apicectomía
- Quiste Dentario

Cirugía Ortodóncica

- Fenestración ortodóncica (por diente)

ODONTOLOGÍA CONSERVADORA

- Obturación provisional

ODONTOLOGÍA ESTÉTICA

Blanqueamientos

- Férula para blanqueamiento de fotoactivación (para tratamientos realizados en la misma clínica)

ODONTOPEDIATRÍA (menores de 15 años)

- Consulta
- Educación bucodental
- Radiografía intraoral
- Fluorizaciones tópicas
- Sellador de fisuras
- Limpieza de boca / tartrectomía
- Extracción diente temporal

PRÓTESIS

- Análisis oclusal
- Tallado selectivo

Prótesis fija

- Recementado

PERIODONCIA

Tratamientos no quirúrgicos

- Valoración periodontal (periodontograma) (por arcada)
- Serie radiográfica periodontal

Tratamientos quirúrgicos

- Gingivectomía (por cuadrante)

ORTODONCIA

Tratamientos Complementarios

- Consulta
- Estudio radiológico para ortodoncia
- Extracción dientes temporales
- Extracción simple
- Revisiones (en periodos de latencia o descanso)
- 1ª reposición brackets metálicos
- 1ª reposición brackets cerámicos
- 1ª reposición brackets autoligables
- 1ª reposición brackets zafiro
- 1ª reposición brackets autoligables estéticos
- Caja ortodoncia (para tratamientos realizados en la misma clínica)
- Protector bucal para ortodoncia (para tratamientos realizados en la misma clínica)

IMPLANTOLOGÍA

- Estudio implantológico
- Mantenimiento implantológico para tratamientos en garantía Milenium

DIAGNÓSTICO POR IMAGEN: RADIOLOGÍA / OTROS

- Radiografía periapical / aleta / oclusal
- Serie radiográfica periodontal
- Radiografía lateral de cráneo
- Ortopantomografía (panorámica)
- Cefalometría
- Fotografías o diapositivas
- Tomografía axial computerizada (TAC dental)

PATOLOGÍA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR

- Análisis oclusal
- Tallado selectivo

URGENCIAS

En caso de urgencia, el asegurado deberá acudir a los centros de urgencia permanentes que indique la Guía Práctica.

2. Servicios con franquicia a cargo del Asegurado

a) Será necesaria la aceptación por parte del Asegurador de la prescripción y la franquicia

correspondiente facilitados por el odontólogo, abonando el Asegurado al odontólogo directamente dicha franquicia correspondiente al costo del servicio que solicita.

b) El Asegurado asumirá el coste de los servicios que correspondan de conformidad con el baremo de franquicias vigente en el momento de la prestación.

c) En el caso de que se produjera alguna modificación en el importe de las franquicias a cargo del Asegurado, SANITAS comunicará las nuevas franquicias al mismo con dos meses de antelación a la fecha de su entrada en vigor, suponiendo el pago de la prima la aceptación de dichos cambios.

d) Las franquicias de estos servicios vienen indicadas en las Condiciones Particulares de la póliza, siendo dichas franquicias a cargo del Asegurado. Estos servicios son:

CIRUGÍAS

Cirugía menor

- Frenectomía (superior o inferior)

Cirugía Preprotésica

- Vestibuloplastia (por cuadrante)
- Regularización reborde alveolar (por cuadrante)
- Extirpación de torus (por cuadrante)

ODONTOLOGÍA CONSERVADORA

- Empaste / obturación
- Reconstrucción
- Recubrimiento pulpar directo
- Recubrimiento pulpar indirecto

ENDODONCIA

- Consulta tratamiento sintomatológico (apertura, instrumentación y drenaje)
- Material retroobturador (MTA)
- Poste de fibra de vidrio o carbono
- Endodoncia unirradicular
- Endodoncia birradicular
- Endodoncia polirradicular
- Reendodoncia unirradicular
- Reendodoncia birradicular
- Reendodoncia polirradicular

ODONTOLOGÍA ESTÉTICA

Blanqueamientos

- Blanqueamiento dental con férulas (por tratamiento)
- Blanqueamiento dental por fotoactivación (por tratamiento)
- Blanqueamiento dental por fotoactivación (por pieza y sesión)
- Blanqueamiento dental mixto fotoactivación más férula (por tratamiento)

Reconstrucciones dentarias

- Reconstrucción frente estético de composite (por pieza)
- Reparación intraoral de porcelana (por pieza)
- Carilla de porcelana
- Carilla inyectada
- Carilla de zirconio
- Carilla de composite
- Corona o unidad de puente estética sobre diente

ODONTOPEDIATRÍA (menores de 15 años)

- Obturación en diente temporal
- Pulpotomía sin reconstrucción
- Pulpectomía sin reconstrucción
- Corona preformada metálica
- Apicoformación (tratamiento completo)
- Mantenedor de espacio fijo
- Mantenedor de espacio removible
- Retirar puente / corona / mantenedor de espacio (por pieza)
- Guía o tope de oclusión (por pieza)
- Pantalla oral
- Reimplantación de pieza dental

PRÓTESIS

- Montaje y estudio en articulador semiajustable
- Encerado diagnóstico (por pieza)

Prótesis fija

- Retirar puente/corona/mantenedor de espacio (por pieza)
- Incrustación
- Corona de resina provisional
- Corona o unidad de puente sobre diente
- Corona o unidad de puente estética sobre diente
- Muñón colado unirradicular
- Muñón colado multirradicular
- Apoyo Maryland (unidad)
- Attaches

Prótesis removible

- Removible acrílico (de 1 a 3 piezas)
- Removible acrílico (de 4 a 6 piezas)

- Removible acrílico (más de 6 piezas)
- Suplemento resina hipoalérgica (por arcada)
- Compostura
- Compostura (rebase)(por aparato)
- Compostura (añadido de retenedor)
- Refuerzo metálico
- Compostura (añadir pieza a removible acrílico)
- Completa provisional (una arcada, superior o inferior)
- Completa definitiva con refuerzo metálico
- Esquelético (por pieza)
- Esquelético (estructura base)
- Removible flexible (de 1 a 3 piezas) (Flexite, Valplast, otros)
- Removible flexible (de 4 a 6 piezas) (Flexite, Valplast, otros)
- Removible flexible (más de 6 piezas) (Flexite, Valplast, otros)
- Hombro o cuello cerámico (por pieza)

PERIODONCIA

Tratamientos no quirúrgicos

- Mantenimiento periodontal
- Raspado y alisado radicular (por cuadrante) (curetaje)
- Ferulización periodontal (por pieza)
- Raspado y alisado radicular (por pieza) (curetaje)

Tratamientos quirúrgicos

- Cirugía a colgajo (por diente)
- Regeneración con biomateriales (hueso liofilizado, etc.) (por unidad 0,5gr.)
- Membrana (unidad)
- Alargamiento coronario
- Colgajo reposición apical (por cuadrante)
- Injerto libre de encía
- Cirugía mucogingival

ORTODONCIA

Tratamientos complementarios

- Estudio y diagnóstico para ortodoncia
- Aparato de retención con férula (finalización de tratamiento) (por arcada)
- Aparato de retención con barra lingual (finalización de tratamiento) (por arcada)
- Renovación aparato móvil, cambio o pérdida
- Compostura de aparatos (por rotura de aparatos)
- Microtornillo ortodóncico (por unidad)
- 2ª reposición brackets metálicos (unidad)
- 2ª reposición brackets cerámicos (unidad)
- 2ª reposición brackets autoligables (unidad)
- 2ª reposición brackets zafiro (unidad)
- 2ª reposición de brackets autoligables estéticos (unidad)

Tratamiento con aparatología fija con brackets metálicos

- Inicio una arcada; Sup o inf. (incluye primer aparato)
- Inicio ambas arcadas. (incluye primeros aparatos)

Tratamiento con aparatología fija con brackets cerámicos

- Inicio una arcada; Sup o inf. (incluye primer aparato)
- Inicio ambas arcadas. (incluye primeros aparatos)

Tratamiento con aparatología fija con brackets de zafiro

- Inicio una arcada; Sup o inf. (incluye primer aparato)
- Inicio ambas arcadas. (incluye primeros aparatos)

Tratamiento con aparatología fija con brackets autoligables

- Inicio una arcada; sup. o inf. (incluye primer aparato)
- Inicio ambas arcadas (incluye primeros aparatos)

Tratamiento con aparatología fija con brackets autoligables estéticos

- Inicio una arcada; sup. o inf. (incluye primer aparato)
- Inicio ambas arcadas (incluye primeros aparatos)

Tratamiento con aparatología fija con técnica invisible

- Inicio tratamiento menos de 12 meses
- Inicio tratamiento a partir de 12 meses

Tratamiento interceptivo con aparatología fija

- Inicio una arcada; sup. o inf. (incluye primer aparato - quad helix)
- Inicio ambas arcadas (incluye primeros aparatos)

Tratamiento interceptivo con aparatología removible

- Inicio una arcada; sup. o inf. (incluye primer aparato)
- Inicio ambas arcadas (incluye primeros aparatos)

Tratamiento mixto: fuerza ortopédica con aparatología fija
- Inicio una arcada; sup. o inf. (incluye primer aparato)
- Inicio ambas arcadas (incluye primeros aparatos)

Tratamiento mixto: fuerza ortopédica con aparatología removible
- Inicio una arcada; sup. o inf. (incluye primer aparato)
- Inicio ambas arcadas (incluye primeros aparatos)

IMPLANTOLOGIA

Cirugía Implantológica
- Implante osteointegrado (unidad)
- Elevación de seno maxilar cerrada
- Elevación de seno maxilar abierta
- Regeneración con biomateriales (hueso liofilizado, etc.) (por unidad 0,5gr.)
- Regeneración con biomateriales (hueso en bloque)
- Membrana (unidad)

Cirugía guiada
- Estudio cirugía implantológica guiada
- Suplemento implante cirugía guiada (unidad)
- Férula radiológica
- Férula quirúrgica (para cirugía guiada)

Prótesis sobre implantes
- Corona sobre implante
- Corona estética sobre implante
- Corona provisional sobre implante
- Corona provisional para carga inmediata
- Muñón de titanio (por pieza)
- Muñón de zirconio sobre implante (por pieza)
- Sobredentadura sobre implantes (por aparato)
- Prótesis híbrida (por arcada)
- Terminación metálica: supra o mesoesctructura (unidad)
- Suplemento material precioso
- Aditamento protésico (piezas intermedias)
- Aditamento protésico de carga inmediata
- Locator (por unidad)
- Barra Microfresada (sobre 5 o menos implantes)
- Barra Microfresada (sobre 6 o más implantes)
- Barra tipo Ackerman (por implante)
- Attache sobre implante (incluye caballitos)

PATOLOGÍA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR
- Montaje y estudio en articulador semiajustable
- Revisiones, ajustes férula
- Férula de neuromiorrelajación (tipo Michigan - compleja)
- Férula de estabilización (simple)

Asistencia de urgencias en el extranjero

¿Qué es?

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

¿Qué servicios tengo incluidos?

1. Gastos Médicos

SANITAS,S.A. de Seguros garantiza al Asegurado y a los demás Beneficiarios de la póliza, durante el período de vigencia del mismo, la asistencia sanitaria en el extranjero tomando a su cargo hasta el límite de 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.

¿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, SANITAS abonará los gastos que se deriven de la necesaria prolongación de estancia en hotel del acompañante, también asegurado, **hasta un máximo de 60€ por día y hasta un máximo de 10 días.**

3. Traslado de enfermos o heridos

¿Qué incluye?

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

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

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

¿Qué no incluye?

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

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

Si el asegurado, durante el viaje, debe estar hospitalizado más de cinco días y ningún familiar directo se encuentra a su lado, SANITAS pondrá un billete de avión línea regular (clase turista) o tren (primera clase) ida y vuelta, a disposición de un

acompañante con domicilio habitual en España. SANITAS, asumirá en concepto de gastos de estancia, el alojamiento en hotel, **hasta 60€ por día y hasta un máximo de 5 días.**

5. Traslado en caso de fallecimiento

En caso de fallecimiento del Asegurado, SANITAS organizará y tomará a su cargo el traslado del féretro hasta el lugar de su inhumación en el país de su domicilio habitual, así como los gastos del ataúd mínimo obligatorio, embalsamamiento y de las formalidades administrativas. **SANITAS no tomará a su cargo los gastos de funeral e inhumación**. En su caso, y tras la petición de los Beneficiarios, SANITAS asumirá los costes de la incineración en el lugar del óbito, y del transporte de las cenizas hasta el lugar de su inhumación en el país de su domicilio habitual. **SANITAS no tomará a su cargo los gastos de funeral e inhumación.**

6. Regreso anticipado de los familiares asegurados acompañantes

Cuando al Asegurado se le haya trasladado por fallecimiento en aplicación de la garantía "Traslado en caso de fallecimiento", y esta circunstancia impida a los familiares asegurados acompañantes su regreso hasta su domicilio por los medios inicialmente previstos, SANITAS se hará cargo de los gastos correspondientes al transporte de los mismos hasta el lugar de su residencia habitual en España. **Máximo de dos personas adultas y los menores de 14 años acompañados.**

7. Acompañamiento de menores

Si a los Asegurados que viajen con disminuidos o menores de 14 años, les surge durante la vigencia del contrato la imposibilidad de ocuparse de ellos por causa de enfermedad sobrevenida o accidente, cubierto por la Póliza, SANITAS organizará y tomará a su cargo el desplazamiento, ida y vuelta, de una persona residente en España designada por el Asegurado o su familia, o de una azafata de SANITAS, al objeto de acompañar a los hijos en su regreso a su domicilio habitual en España, y en el menor tiempo posible.

8. Búsqueda y localización de equipajes y efectos personales

En caso de que el Asegurado sufra una demora o pérdida de su equipaje, SANITAS le asistirá en su búsqueda y localización, asesorándole en la gestión para interponer la correspondiente denuncia. Si el equipaje es localizado, SANITAS lo expedirá hasta el domicilio habitual del Asegurado en España, siempre que no sea necesaria la presencia del propietario para su recuperación.

9. Envío de documentos y objetos personales al extranjero

SANITAS organizará y tomará a su cargo el coste del envío de los objetos imprescindibles para el transcurso del viaje y olvidados en el domicilio antes del inicio del mismo (lentillas, prótesis, gafas, tarjetas de crédito, carnet de conducir, D.N.I. y pasaporte). Esta prestación se extiende igualmente al envío a domicilio, de estos mismos objetos cuando hayan sido olvidados durante su viaje o recuperados después de un robo durante el mismo.

SANITAS únicamente asumirá la organización del envío, así como el coste de éste para paquetes de un peso máximo de 10 kilogramos.

10. Adelanto de fondos

SANITAS adelantará fondos al Asegurado, en caso de necesidad, **hasta el límite de 1.500 Euros.** SANITAS solicitará al Asegurado algún tipo de aval o garantía que le asegure el cobro del anticipo. En cualquier caso, las cantidades adelantadas deberán ser devueltas a SANITAS en el plazo máximo de 30 días.

11. Asistencia jurídica

Si el Asegurado es encarcelado o procesado como consecuencia de un accidente de circulación ocurrido, **SANITAS abonará hasta un máximo de 1.500 euros** para el pago de los honorarios de abogado y procurador, surgidos como consecuencia de asistencia jurídica derivada. Si esta

prestación estuviera cubierta por la Póliza de Seguros del vehículo, la misma tendrá la consideración de anticipo y SANITAS se reservaría el derecho a solicitar aval o garantía del Asegurado que asegure el cobro del anticipo.

12. Adelanto del importe de la fianza penal exigida en el extranjero

Si el asegurado es procesado o encarcelado en el país que ocurra, SANITAS le concederá un anticipo equivalente al importe de la fianza penal exigida por las autoridades locales **hasta un máximo de 10.000 €.**

SANITAS se reserva el derecho a solicitar aval o garantía del asegurado que garantice el cobro del anticipo. En cualquier caso las cantidades anticipadas deberán ser reintegradas a SANITAS en el plazo máximo de dos meses.

13. Envío de medicamentos

¿Qué incluye?

En caso de que el asegurado necesite un medicamento prescrito por un médico y que no pueda adquirir en el lugar donde se encuentre, SANITAS se encargará de localizarlo y enviárselo por el medio más rápido y con sujeción a las legislaciones locales.

¿Qué no incluye?

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

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

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

15. Ámbito temporal

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

16. Utilización de los servicios

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

Para tener derecho a la utilización de todos los servicios incluidos en este suplemento adicional de Asistencia en Viaje, el Asegurado deberá estar al corriente de sus obligaciones con el Asegurador. Los servicios serán prestados a través de los medios concertados por SANITAS por lo que se deberá contactar con dicha entidad en el teléfono indicado al dorso de la tarjeta del asegurado para que los gestionen sin coste alguno para el asegurado en la medida en la que estén bajo la cobertura asegurada. En caso de urgencia vital el asegurado acudirá a la clínica u hospital más próximo debiendo comunicarlo a SANITAS en el plazo máximo de 7 días a contar desde la fecha del ingreso.

Cobertura de farmacia

Comprende el reembolso del importe de aquellos medicamentos cuya comercialización se encuentre autorizada por el organismo público competente en la materia, y siempre que sean necesarios para el tratamiento de patologías sufridas por el asegurado y que sean objeto de cobertura por esta póliza.

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

medicamento, y el documento de prescripción de un médico.

Cláusula III: Coberturas excluidas

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

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

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

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

- **Producidos como consecuencia de guerras civiles, internacionales, actos de carácter terrorista en cualquiera de sus formas (química, biológica, nuclear, etc.), revoluciones y maniobras militares, aún en tiempo de paz, y epidemias declaradas oficialmente.**
- **Que guarden relación directa o indirecta con radiación nuclear o contaminación radiactiva, así como los que provengan de fenómenos naturales como terremotos, inundaciones, erupciones volcánicas y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos.**
- **Los derivados de accidentes laborales y profesionales.**
- **Los derivados de la utilización de vehículos a motor que sean objeto de cobertura por el Seguro del Automóvil de Suscripción Obligatoria.**
- **Los producidos practicando el Asegurado, como aficionado, deportes de riesgo, como por ejemplo actividades aéreas, pruebas de velocidad con vehículos a motor, submarinismo, escalada, boxeo, toreo, artes marciales, rugby, o cualquier otra actividad de riesgo análogo, así como los derivados de las competiciones deportivas.**

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

D. La hospitalización por problemas de tipo social.

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

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

Inmunodeficiencia Humana, SIDA y las enfermedades relacionadas con éste.

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

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

H. Cualquier tipo de servicio relacionado con:

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

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

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

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

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

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

K. Los siguientes productos farmacéuticos:

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

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

Cláusula IV: Periodos de carencia

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

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

Plazos de Carencia para la modalidad de Cuadro Médico:

- **Vasectomía y ligadura de trompas:** 8 meses
- **Psicología:** 6 meses
- **Pruebas diagnósticas de alta tecnología:** 6 meses
- **Los siguientes métodos terapéuticos complejos: cardiología intervencionista/ hemodinamia; radiología intervencionista; radioterapia y quimioterapia; y litroticia:** 6 meses
- **Intervenciones quirúrgicas ambulatorias:** 3 meses
- **Parto o cesárea:** 8 meses
- **Hospitalización e intervenciones quirúrgicas no ambulatorias o en régimen de hospitalización:** 8 meses
- **Cirugía bariátrica en obesidad mórbida:** 36 meses

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

Cláusula V: Forma de prestar los servicios

1. A través del cuadro médico concertado

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

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

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

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

1.1 Libre acceso.

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

1.2 Prescripción previa para la realización del servicio.

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

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

1.3 Prescripción y autorización previa para la realización del servicio.

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

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

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

1.5 Autorización previa y designación expresa del facultativo.

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

continuación: neurocirugía, cirugía cardiaca, cirugía bariátrica y cirugía de columna, cirugías que requieran equipamientos robóticos, de navegación asistida o cualquier otra tecnología de implantación restringida, que sean objeto de cobertura por esta póliza, SANITAS designará, en cada caso individual y con carácter previo a la realización de la intervención quirúrgica concreta, el centro sanitario y los profesionales que la llevarán a cabo.

1.6 Servicios al Domicilio del Asegurado.

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

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

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

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

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

1.8 Urgencias.

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

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

1.9 Asistencia en medios no concertados con SANITAS.

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

Cláusula VI: Otros aspectos de su seguro

1. Bases y pérdida de derechos del contrato

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

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

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

Si el siniestro sobreviene antes de que SANITAS haga la declaración a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de ésta se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si medió dolo o culpa grave del Tomador del Seguro quedará SANITAS liberada del pago de la prestación (Art. 10 de la Ley de Contrato de Seguro).

1.3. Sin perjuicio de lo anterior, el Asegurado pierde también el derecho a la prestación garantizada:

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

b) Si el siniestro sobreviene antes de que se haya pagado la prima, (o, en su caso la prima única) salvo pacto en contrario (Art. 15 de la Ley del Contrato del Seguro).

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

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

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

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

desistimiento comenzará a contar el día en que reciba la citada información.

2. Duración del seguro

2.1. La fecha de extinción del Contrato de Seguro será la establecida en sus Condiciones Particulares y, a su vencimiento, de conformidad con el artículo 22 de la Ley de Contrato de Seguro, se prorrogará tácitamente por periodos de una anualidad. No obstante, cualquiera de las partes podrá oponerse a la prórroga mediante notificación escrita a la otra parte, efectuada con antelación no inferior a dos meses respecto de la fecha de conclusión del periodo en curso.

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

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

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

a) Por fallecimiento.

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

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

3. Primas del seguro

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

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

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

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

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

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

Si SANITAS no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes a dicho

vencimiento, se entenderá que el contrato queda extinguido.

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

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

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

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

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

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

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

3.8. En cada renovación del Contrato el Asegurador podrá modificar la prima anual y el importe de la participación del Asegurado en el coste de los servicios, de acuerdo a los cálculos técnico-actuariales realizados y basados en la variación del coste de los servicios sanitarios, el tipo, la frecuencia de la utilización de las prestaciones garantizadas y la inclusión de innovaciones tecnológicas médicas que no estuvieran cubiertas en la fecha de efecto inicial de la póliza.

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

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

En este último caso, el Tomador del Seguro deberá notificar por escrito a SANITAS su voluntad de dar por finalizada a su término la relación contractual.

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

4. Altas de recién nacidos

Si la asistencia de la madre 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 desde la fecha del nacimiento, 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 de nacimiento, mediante la cumplimentación de una Solicitud de Seguro.

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

5. Aportación de informes

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

6. Reclamaciones

6.1. Control e instancias de reclamación

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

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

1. Al **Departamento de Reclamaciones de SANITAS**, mediante escrito dirigido 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 y en caso de no estar conformes con la resolución de SANITAS, podrán formular su reclamación ante el Defensor del Asegurado designado por SANITAS 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 aun estando fuera de los anteriores supuestos, así lo acepte SANITAS. Para reclamar ante el **Defensor del Asegurado** el reclamante 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 SANITAS, una resolución motivada que será comunicada por escrito tanto al reclamante como a SANITAS para quien resultará vinculante.

3. 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. 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.

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

7. Otros aspectos legales a tener en cuenta

7.1. Subrogación

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

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

7.2. Comunicaciones.

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

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

7.3. Protección de datos de Carácter Personal

Los datos recabados a través del presente documento son confidenciales y están protegidos. El Tomador se compromete a que toda la información que facilite al Asegurador, tanto en la solicitud de seguro como durante toda la vigencia de la presente póliza, es cierta y no ha omitido dato alguno sobre el estado de salud de cada uno de los Asegurados.

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

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

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

Si el Tomador/Asegurado no consintiera la inclusión de sus datos en estos ficheros y su posterior tratamiento según lo descrito anteriormente, el contrato de seguro no podrá llevarse a efecto.

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

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

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

El ejercicio de los derechos de oposición, acceso, rectificación y cancelación de estos datos conforme se establece en la normativa aplicable, pueden ser ejercitados en la sede de la entidad, calle Ribera del Loira 52, 28042 Madrid, Dpto. de Asesoría Jurídica o a través de Mi Sanitas a https://www.sanitas.es/misanitas/online/clientes/contacto/index.html. Si el Tomador y/o los Asegurados no desean recibir información comercial del Asegurador, o en su caso, de otras entidades con las que el Asegurador establezca vínculos de colaboración, o bien no desean que se cedan datos a otras compañías salvo para la efectividad de las relaciones contractuales, podrá hacerlo por los mismos medios.

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

8. Otros

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

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

9. Jurisdicción

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

Hecho por duplicado en Madrid a 21 de Octubre de 2015

Por el Asegurado / Tomador del seguro

Por SANITAS

Iñaki Peralta
Sanitas, S.A. de Seguros