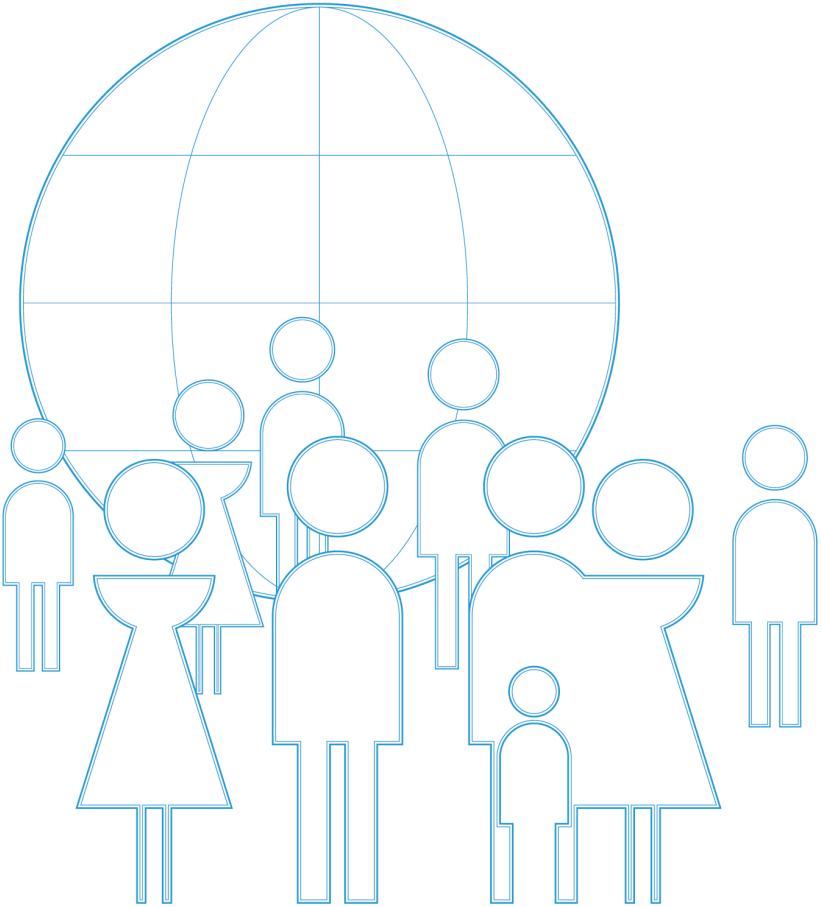
CONDICIONES GENERALES



Sanitas Sociedad Anónima de Seguros

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

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

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

N.I.F. A-28037042

ÍNDICE

Condiciones generales

Cláusula preliminar....6

Glosario de términos....7

Cláusula I: Objeto del seguro....12

Cláusula II: Coberturas....12

COBERTURAS PRINCIPALES DE LA PÓLIZA....12

1. Asistencia primaria....12

1.1. Medicina Familiar....12

1.2. Pediatría y Puericultura....12

1.3. Servicio de Enfermería....12

2. Urgencias....13

Sanitas 24 horas....13

3. Especialidades médicas....13

3.1. Alergología....13

3.2. Análisis Clínicos....13

3.2.1. Estudios Genéticos....13

3.3. Anatomía Patológica....13

3.4. Anestesiología....13

3.5. Angiología y Cirugía Vascular....14

3.6. Aparato Digestivo....14

3.7. Cardiología....14

3.8. Cirugía Cardiovascular....14

3.9. Cirugía General y del Aparato Digestivo....14

3.10. Cirugía Maxilofacial....14

3.11. Cirugía Ortopédica y Traumatológica....14

3.12. Cirugía Pediátrica....14

3.13. Cirugía Reparadora....14

3.14. Cirugía Torácica....14

3.15. Dermatología....14

3.16. Endocrinología....14

3.17. Geriatría....14
3.18. Hematología y Hemoterapia....14
3.19. Medicina Interna....14
3.20. Medicina Nuclear....14
3.21. Nefrología....15
3.22. Neumología....15
3.23. Neurocirugía....15
3.24. Neurofisiología Clínica....15
3.25. Neurología....15
3.26. Obstetricia y Ginecología....15
3.26.1. Cirugía de la Mama....16
3.26.2. Asistencia de Neonatología....16
3.26.3. Asistencia al recién nacido....16
3.27. Oftalmología....16
3.28. Oncología Médica....16
3.29. Otorrinolaringología....17
3.30. Psiquiatría....17
3.31. Radiodiagnóstico-Diagnóstico por Imagen....17
3.32. Radioterapia....17
3.33. Rehabilitación....17
3.34. Reumatología....17
3.35. Urología....17

4. Otros servicios asistenciales....18
4.1. Ambulancia....18
4.2. Atención Especial en Domicilio....18
4.3. Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matronas)....18
4.4. Fisioterapia....18
4.5. Logofoniatría....19
4.6. Nutrición....19
4.7. Odontoestomatología....19
4.8. Podología (exclusivamente Quiropodia)....19
4.9. Prótesis....19
4.10. Programa Materno Infantil....20
4.11. Psicología....20
4.12. Terapias respiratorias domiciliarias....20

5. Asistencia hospitalaria....20

6. Medicina preventiva....20

COBERTURAS ADICIONALES DE LA PÓLIZA....22

Cobertura de asistencia de urgencias en el extranjero....23

Cobertura de pago de la prima por fallecimiento....25

Cobertura en Estados Unidos....27

Cobertura segunda opinión médica....27

Sanitas Dental Reembolso....28

COBERTURAS COMPLEMENTARIAS DE LA PÓLIZA....29

Cobertura digital....30

Cláusula III: Coberturas excluidas....40

Cláusula IV: Periodos de carencia....44

Cláusula V: Forma de prestar los servicios....45

Cláusula VI: Otros aspectos del seguro....51

1. Bases y pérdida de derechos del contrato....51
2. Duración del seguro....52
3. Primas del seguro....52
4. Altas de recién nacidos....53
5. Aportación de informes....54
6. Reclamaciones....54
7. Otros aspectos legales a tener en cuenta....55
8. Otros....56
9. Jurisdicción....56

Cláusula preliminar

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

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

Glosario de términos

A los efectos del presente documento del Producto **Sanitas Más 90.000 Cc** se entiende por:

TÉRMINOS ASEGURADORES

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

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

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

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

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

CUESTIONARIO DE SALUD
Declaración que debe realizar de forma veraz y completa y firmar el Tomador o Asegurado antes de la formalización de la póliza que sirve a SANITAS para la valoración del riesgo que es objeto del seguro.

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

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

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

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

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

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

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

Apéndices que se añadan a la misma, para completarla o modificarla.

PREEXISTENCIA
Estado o condición de la salud (enfermedad, lesión o defecto) no necesariamente patológicos sufridos por el Asegurado con anterioridad a la fecha de la firma del cuestionario de salud.

PRESTACIÓN
Aceptación del pago del servicio asistencial por SANITAS de las garantías comprometidas en la póliza.

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

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

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

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

TÉRMINOS SANITARIOS

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

ASISTENCIA SANITARIA HOSPITALARIA/ CON HOSPITALIZACIÓN EN REGIMEN DE INGRESO
Es la asistencia prestada en un centro médico u hospitalario en régimen de internamiento, con registro de entrada y permanencia del Asegurado como paciente, con una pernocta al menos, para el tratamiento médico, diagnostico, quirúrgico o terapéutico del mismo.

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

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

ASISTENCIA SANITARIA SIN HOSPITALIZACIÓN / AMBULATORIA EN REGIMEN AMBULANTE
Es la asistencia médica, diagnóstica, quirúrgica o terapéutica prestada en el hospital que no suponga hospitalización en régimen de ingreso u hospital de día. En caso de un tratamiento quirúrgico en régimen ambulante, éste se realiza en consulta, sobre tejidos superficiales y precisa generalmente anestesia local.

ASISTENCIA POR MOTIVOS DE TIPO SOCIAL
El ingreso medico se convierte en ingreso social cuando un paciente con deterioro funcional o afectado por procesos crónicos y/o patologías asociadas al envejecimiento ha superado la fase aguda de su enfermedad, y precisa cuidados sanitarios pero no en régimen de ingreso hospitalario.

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

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

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

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 externas de cualquier naturaleza utilizadas para prevenir o corregir las deformidades del cuerpo, como por ejemplo corsés, arneses o muletas.

MEDICAMENTOS

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

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

MÉDICO

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

MÉTODO TERAPÉUTICO COMPLEJO

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

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

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

RECIÉN NACIDO

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

PRUEBA DIAGNÓSTICA COMPLEJA

Se define como prueba diagnóstica compleja todo aquella prueba que precisa para su realización un medio sanitario u hospitalario con equipamiento tecnológico y profesional sanitario especializado. Asimismo la infraestructura sanitaria donde es llevado a cabo debe contar con personal y equipamiento suficientes para hacer frente a cualquier complicación que pueda sufrir el paciente como consecuencia directa o indirecta de la realización de dicha prueba. Indicar a título de ejemplo que estarían incluidas todas las pruebas de TAC, resonancia, neurofisiología, medicina nuclear, genética y biología molecular, endoscopia. hemodinamia, 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 del Asegurado y a solicitud del Asegurado por parte de médico de familia, pediatra/puericultor 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 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 que pueda suponer la pérdida o deterioro significativo de una función, miembro, órgano del cuerpo de la misma.

Cláusula I: Objeto del seguro

Dentro de los límites y condiciones estipuladas en la Póliza, y previo pago por el Tomador del seguro de la prima correspondiente, copagos y franquicias que en su caso corresponda, 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.

El presente contrato además incluye la modalidad de reembolso de gastos, según la cual SANITAS se hará cargo, dentro de los límites y condiciones estipuladas en la Póliza de la asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria indicada en el primer párrafo de esta cláusula, mediante la restitución al Asegurado de la totalidad o parte de los gastos sanitarios, razonables y usuales, adelantados por el mismo, de acuerdo con los límites de capital asegurado y porcentajes de reembolso establecidos en las Condiciones Particulares del Seguro, no pudiendo aplicar conjuntamente ambas modalidades para una misma y única prestación.

Cláusula II: Coberturas

Las prestaciones que son objeto de esta póliza están condicionadas al cumplimiento de los periodos de carencia indicados más adelante y siempre y cuando sean patologías posteriores a la contratación de la póliza y no conocidas por el Asegurado.

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

Incluye la determinación de IgE específica frente a alérgenos completos (extractos naturales) pero **quedan excluidas de cobertura las determinaciones de IgE específica frente a alérgenos recombinantes e IgG4.**

3.2. Análisis Clínicos

3.2.1. Estudios Genéticos

Comprende exclusivamente aquellos estudios genéticos imprescindibles para el diagnóstico y/o pautar un tratamiento en paciente afecto y sintomático, y que además tengan una alta rentabilidad diagnóstica.

Incluye el estudio de los genes BRCA 1 y BRCA 2 en las siguientes indicaciones:

A) paciente sin antecedente personal de cáncer de mama u ovario que cumpla los siguientes requisitos:

- con 2 o más familiares de 1º o 2º grado menor de 50 años afectado por cáncer de mama
- con 2 o más familiares de 1º o 2º grado afectado por cáncer de ovario a cualquier edad
- con 2 o más familiares de 1º o 2º grado menor de 50 años afectado por cáncer de mama y por cáncer de ovario a cualquier edad

B) paciente mayor de 50 años con antecedente de cáncer de mama

- con 2 o más familiares de 1º o 2º grado menor de 50 años afectado por cáncer de mama
- con 2 o más familiares de 1º o 2º grado afectado por cáncer de ovario a cualquier edad
- con 2 o más familiares de 1º o 2º grado menor de 50 años afectado por cáncer de mama y por cáncer de ovario a cualquier edad

C) paciente varón con cáncer de mama

D) paciente menor de 50 años con cáncer de mama

E) paciente con cáncer de ovario (+/-) cáncer de mama

Queda excluido el estudio molecular de PCA3 y el tipaje DNA HLA clase I y II.

3.3. Anatomía Patológica

Incluye la realización de las siguientes dianas terapéuticas: BRAF, ALK, K-RAS, N-RAS, C-ERB2/HER2, EGFR, C-Kit, ROS-1 y PDL-1 previa a la administración de determinados fármacos, siempre que en la ficha técnica de dicho fármaco establecida por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, se exija su determinación. Estos criterios se aplican igualmente en la especialidad de estudios genéticos.

3.4. Anestesiología

3.5. Angiología y Cirugía Vascular

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

3.6. Aparato Digestivo

La elastografía hepática 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. Requiere autorización previa de SANITAS tras valoración de informe médico.**

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

Incluye la realización de Entero-resonancia.

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

3.17. Geriatría

3.18. Hematología y Hemoterapia

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

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

3.19. Medicina Interna

3.20. Medicina Nuclear

Los medios de contraste son por cuenta de SANITAS.

El PET y PET/ TC exclusivamente con el 18-fludesoxiglucosa (18 FDG) son objeto de cobertura:

A) para el diagnóstico, estadificación, monitorización de la respuesta al tratamiento y detección en caso razonable de recidiva en procesos oncológicos y

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

b.1- Cardiología

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

b.2- Neurología .

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

b.3- Enfermedades infecciosas o inflamatorias

- Localización de focos anómalos para orientar el diagnóstico etiológico en caso de fiebre idiopática.

Diagnóstico de infección en caso de:

- Presunta infección crónica de huesos o de las estructuras adyacentes: osteomielitis, espondilitis, discitis u osteítis, incluso cuando existen implantes metálicos
- Pacientes diabéticos con un pie indicativo de neuroartropatía de Charcot, osteomielitis o una infección de tejidos blandos
- Prótesis de cadera dolorosa
- Prótesis vascular
- Detección de focos metastásicos sépticos en caso de bacteriemia o endocarditis (ver también sección 4.4)

Detección de la extensión de la inflamación en caso de:

- Sarcoidosis
- Enfermedad intestinal inflamatoria
- Vasculitis que afecta a los grandes vasos

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

Requiere autorización previa de SANITAS tras valoración de informe médico.
Queda excluido cualquier radiotrazador que no sea 18FDG.

Queda excluida la realización de PET RM.

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.

Incluye las siguientes pruebas genéticas:

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

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

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

Queda excluida la determinación de ADN fetal en sangre materna (test de cribado prenatal no invasivo).

3.26.1. Cirugía de la Mama

La cirugía de mama está en cobertura en las siguientes situaciones:

- Procesos tumorales benignos. **Excluye la reconstrucción mamaria.**
- Procesos tumorales malignos: incluye la cirugía en la mama afecta y la cirugía profiláctica de la mama contralateral si se considera una opción terapéutica tras el resultado del BRCA1 y BRCA2. Incluye la reconstrucción mamaria posterior.
- Personas no afectas de cáncer de mama en las que la cirugía profiláctica de mama se considera una opción terapéutica tras el resultado de BRCA1 y BRCA2. Incluye la reconstrucción mamaria posterior.

Requiere autorización previa de SANITAS tras valoración de informe médico.

3.26.2. Asistencia de Neonatología

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

3.26.3. Asistencia al recién nacido

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

3.27. Oftalmología

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

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

3.28. Oncología Médica

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

SANITAS, sólo correrá con los gastos correspondientes a los medicamentos 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 y mediante instilación vesical en el caso de MITOMICINA Y BCG.

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

3.29. Otorrinolaringología

Incluye la cirugía mediante láser CO2 y radiofrecuencia.

3.30. Psiquiatría

El ingreso psiquiátrico **sólo se cubre en régimen de hospitalización y 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.

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

Requiere autorización previa de SANITAS tras valoración de informe médico.

B) La coronariografía por TC: **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.**

Requiere autorización previa de SANITAS tras valoración de informe médico.

Queda excluida la valoración del score cálcico.

3.32. Radioterapia

Incluye radioterapia **exclusivamente para procesos oncológicos.**

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

Previa autorización de SANITAS tras valoración de informe médico.

3.33. Rehabilitación

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

3.34. Reumatología

3.35. Urología

Incluye la Resonancia Magnética Multiparamétrica de próstata en las siguientes indicaciones:

- Estadificación local, regional o a distancia
- Detección o guía para biopsia diagnóstica ante sospecha de riesgo clínico con resultado negativo en biopsias previas

- Monitorización terapéutica

Requiere autorización previa de SANITAS tras valoración de informe médico.

Incluye también la litotricia endoureteral y vesical por láser.

Queda excluida la biopsia de fusión.

4. Otros servicios asistenciales

4.1. Ambulancia

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

Esta prestación no incluye los traslados requeridos para la realización de tratamientos de fisioterapia, pruebas diagnósticas, ni para asistencia a consultas, ni en general cualquier otro no contemplado en el párrafo anterior. Están por tanto excluidos de cobertura los servicios prestados por proveedores no concertados o por el Servicio público de salud dependiente de la Comunidad Autónoma o de la Administración Central.

4.2. Atención Especial en Domicilio

Se llevará a cabo por 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 ni equipamiento especializado, siempre previa prescripción del médico.

4.3. Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matronas)

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

4.4. Fisioterapia

Está comprendida únicamente con carácter ambulatorio y **exclusivamente para las afecciones de origen en el aparato locomotor**, considerando como tales exclusivamente aquellas estructuras del cuerpo humano que realizan la función de locomoción o desplazamiento, no aquellas por tanto como la articulación temporo-mandibular que no realizan dicha función, y siempre que no se trate de un proceso crónico o degenerativo, hasta la mayor recuperación funcional posible del paciente, determinada por su médico rehabilitador.

Incluye terapia con ondas de choque para **lesiones osteotendinosas crónicas (más de 6 meses de evolución) del aparato locomotor.**

Requiere autorización previa de SANITAS tras valoración de informe médico.

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

Queda excluida la rehabilitación de origen neurológico, rehabilitación del suelo pélvico, rehabilitación cardíaca en régimen ambulatorio, rehabilitación

respiratoria, rehabilitación de la articulación temporomandibular o aquellas que usen equipamiento robótico.

4.5. Logofoniatría

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

Son las disfonías producidas por una lesión en el aparato fonador (congénitas o adquiridas) no relacionada con el uso de la voz. Se considera procesos orgánicos a:

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

Es objeto de cobertura asegurada **exclusivamente la terapia reeducativa y la reeducación del lenguaje para procesos derivados de accidente cerebro vascular agudo.**

4.6. Nutrición

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

4.7. Odontoestomatología

Comprende exclusivamente consultas, extracciones, y limpiezas de boca.

4.8. Podología (exclusivamente Quiropodia)

Limitado a 6 sesiones como máximo del tratamiento por asegurado y anualidad del seguro.

4.9. Prótesis

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

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

1. Oftalmología: lente intraocular monofocal, **excluida la tórica, utilizada para la cirugía de cataratas.** Incluye también el tejido corneal procedente **exclusivamente de banco de tejido nacional para el trasplante de cornea.**

2. Traumatología y Cirugía Ortopédica: prótesis de cadera, de rodilla, y de otras articulaciones; material necesario para la fijación de columna; disco intervertebral; material de interposición intervertebral (intersomático o interespinoso); material necesario para vertebroplastia-cifoplastia; 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 incluidos de los conductos valvulados aórticos siempre que estén asociados a una cirugía valvular aórtica 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 mallas biológicas, stent biliar,** sistemas de suspensión urológica; sistemas de derivación de líquido cefalorraquídeo (hidrocefalia); prótesis de mama y expansores, tanto en la mama afectada por una cirugía tumoral previa como en los casos en los que la mastectomía profiláctica se considere una opción terapéutica tras el resultado del BCRA1 y BCRA2.

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

4.10. Programa Materno Infantil

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

4.11. Psicología

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

4.12. Terapias respiratorias domiciliarias

Comprende exclusivamente los siguientes tratamientos:

a) Oxigenoterapia: líquida, con concentrador y gaseosa.

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

Excluye el concentrador de oxígenos portátil.

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

c) Ventiloterapia parcial con BIPAP y Aerosolterapia.

5. Asistencia hospitalaria

La hospitalización se realizará en clínica u hospital.

En caso de pernocta, el enfermo ocupará habitación individual convencional y cama de acompañante 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 que no cuente con autorización para su comercialización en España)** y estancias con la manutención del enfermo.

Excluye la asistencia por motivos de tipo social.

6. Medicina preventiva

Incluye programas aplicados a poblaciones sanas que contemplan diferentes actividades como consulta médica, exploración física y pruebas diagnósticas básicas prescritas por

el especialista correspondiente, para el diagnóstico precoz de enfermedades:

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

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

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

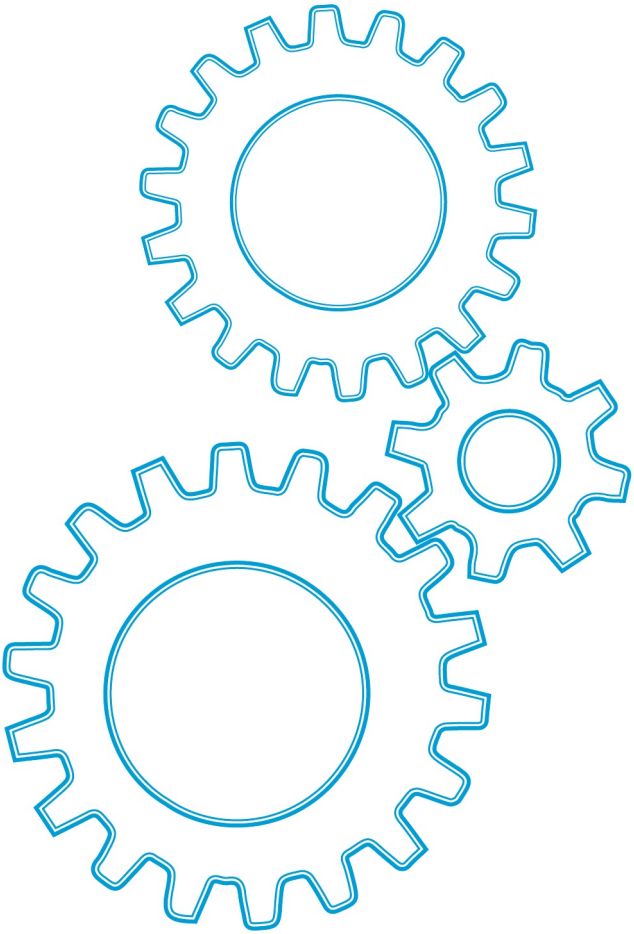
6.4. Neumología: Incluye consulta con especialista y exploración física, así como pruebas diagnósticas básicas (por ejemplo: radiografia de tórax).

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

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

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

COBERTURAS ADICIONALES DE LA PÓLIZA



Cobertura de asistencia de urgencias en el extranjero

¿Qué es? Utilización de los servicios y límite temporal

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

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

Es imprescindible para poder cubrir esta asistencia, **que el Asegurado** esté al corriente de pago y que, **antes de que se le realice ninguna prestación médica (salvo urgencia vital), contacte con Sanitas y solicite autorización previa** a través del teléfono que consta al dorso de la tarjeta. En caso de urgencia vital el asegurado acudirá a la clínica u hospital más próximo debiendo comunicarlo a SANITAS en el plazo máximo de 7 días a contar desde la fecha del ingreso facilitando a SANITAS copia del informe de urgencias. En todo caso, la llamada SANITAS se ha de efectuar antes del inicio del viaje de regreso a España.

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

¿Qué no incluye?

- **los gastos médicos en el extranjero inferiores a 3€.**
- **los gastos ocasionados por el diagnóstico o el tratamiento de un estado fisiológico (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.**
- **las enfermedades mentales y las crónicas que hayan provocado alteraciones en la salud del Asegurado.**

¿Qué servicios tengo incluidos?

1. Gastos Médicos

SANITAS, garantiza al Asegurado durante el período de vigencia de la póliza, la asistencia sanitaria urgente en el extranjero para los gastos médicos (de médicos, cirujanos y hospitales/clínicas) originados fuera del territorio español y prestados a través de los centros designados por SANITAS.

Límites

12.000€ por persona y año.

2. Traslado de enfermos o heridos al lugar de asistencia

¿Qué incluye?

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

El servicio médico de SANITAS será el que decida y elija el medio de transporte y el centro médico/hospital al que debe acudir el asegurado, conforme a las exigencias de orden médico que apliquen al caso.

3. Prolongación de estancia en hotel de acompañante, por hospitalización del asegurado

Cuando el Asegurado tenga que estar hospitalizado por prescripción médica y de acuerdo con el servicio médico, SANITAS abonará los gastos que se deriven de la necesaria prolongación de estancia en hotel

del acompañante si es también asegurado de SANITAS **hasta un máximo de 60€ por día y hasta un máximo de 10 días.**

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

Si el asegurado, durante el viaje, debe estar hospitalizado más de cinco días y ningún familiar directo se encuentra a su lado, SANITAS pondrá un billete de avión línea regular (clase turista) o tren (primera clase) ida y vuelta, a disposición de un acompañante con domicilio habitual en España. SANITAS, asumirá en concepto de gastos de estancia, el alojamiento en hotel, **hasta 60€ por día y hasta un máximo de 5 días.**

5. Traslado en caso de fallecimiento

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

6. Regreso anticipado de los familiares asegurados acompañantes

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

7. Acompañamiento de menores

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

8. Búsqueda y localización de equipajes y efectos personales

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

9. Envío de documentos y objetos personales al extranjero

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

SANITAS únicamente asumirá la organización del envío, así como el coste de éste para paquetes de un peso máximo de10 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

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

Cobertura de pago de la prima por fallecimiento

El presente contrato se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980 de 8 de Octubre, del Contrato de Seguro (B.O.E. de 17 de Octubre de 1980); por la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras y su Reglamento de desarrollo (Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras) y por lo convenido en las Condiciones Generales, Especiales y Particulares de la póliza número 75.00744, con fecha de efecto a partir del 1/1/2005.

La Entidad Aseguradora es Seguros Lagun Aro Vida, S.A., con domicilio social en Camino de Capuchinos 6, 2º, Bilbao, Vizcaya, España, (CIF A-20182705 e inscrita en el R.M. de Vizcaya, Tomo BI-186 de Sociedades, Folio 42, Hoja 16.779, Inscripción 1ª).

El Estado miembro a quien corresponde el control y supervisión de la actividad de la propia Entidad Aseguradora es el Estado Español, y concretamente a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía y Competitividad.

Tomador de la Póliza: Sanitas Sociedad Anónima de Seguros.

1. Garantía asegurada. Fallecimiento por cualquier causa

Seguros Lagun Aro Vida, S.A. se compromete, en caso de fallecimiento del Tomador de la presente póliza de asistencia sanitaria, producido por cualquier causa y en cualquier lugar, a pagar a Sanitas S. A. Seguros la prima correspondiente por los asegurados de dicha póliza correspondientes a los 12 meses siguientes a la fecha de comunicación del fallecimiento.

Para que el Tomador de la presente póliza de asistencia sanitaria tenga cobertura deberá cumplir con los requisitos estipulados en el apartado 2 “Colectivo Asegurado”.

Las doce mensualidades consecutivas citadas se empezarán a computar con posterioridad a la fecha de notificación del siniestro.

Sin perjuicio de lo indicado en el párrafo anterior, en el caso de que hubiera recibos no pagados entre la fecha de fallecimiento y la de notificación, Seguros Lagun Aro Vida S.A se hará cargo de los mismos descontando entonces estos importes de la garantía descrita en el párrafo anterior.

2. Colectivo asegurado

Son asegurados de esta póliza los Tomadores de alguna de las pólizas de seguro de enfermedad, siempre que sus respectivas pólizas de seguro se encuentren al corriente de pago y exista en las mismas más de un asegurado o bien, en caso de existir un único asegurado, éste no coincida con el Tomador de la póliza de que se trate.

3. Duración del contrato

La póliza de seguro de la cual el presente certificado forma parte tiene una duración coincidente con el año natural siendo renovable tácitamente por años naturales sucesivos salvo oposición expresa del Tomador o Asegurador a una de dichas prórrogas en tiempo y forma.

El presente certificado individual de seguro entra en vigor en la fecha de efecto de la póliza colectiva de vida, es decir el 1 de enero de 2005 o bien, en caso de producirse la incorporación de algún asegurado al colectivo asegurado con posterioridad a dicha fecha, la fecha de efecto del presente certificado coincidirá con la de la póliza de enfermedad de las indicadas en la anterior estipulación SEGUNDA de la cual el asegurado sea a su vez Tomador. La fecha de finalización del presente certificado se producirá cuando concurra alguna de las razones para causar baja en el Colectivo asegurado indicadas en la siguiente cláusula Duración del Seguro.

4. Siniestros

En caso de ocurrir algún siniestro deben comunicarlo al teléfono de atención al cliente: 902 10 24 00 debiendo aportar el certificado de defunción del Tomador.

5. Razones para causar baja del grupo asegurado

1. La extinción por cualquier causa de la póliza de seguro de enfermedad de las mencionadas en la anterior cláusula segunda de la cual el asegurado era a su vez Tomador.

2. La extinción por cualquier causa de la póliza de seguro colectiva de vida de la cual el presente Certificado Individual de seguro forma parte.

6. Riesgos excluidos de la cobertura de fallecimiento

Siniestros ocurridos como consecuencia directa o indirecta de la reacción o radiación nuclear o contaminación radioactiva.

7. Instancias de reclamación

En supuesto de litigio, el Tomador del seguro, podrá dirigirse a:

- con carácter interno, y como servicio de atención al cliente, mediante escrito dirigido a:

- Seguros Lagun Aro, Departamento de Atención al Cliente, Apartado nº 126 F.D. 48080 Bilbao.

- con carácter externo, mediante escrito dirigido a:

- Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, Comisionado para la Defensa del Asegurado y del Partícipe en Planes de Pensiones, Paseo de la Castellana, 44. 28046 Madrid.

- a los Juzgados y Tribunales ordinarios.

8. Protección de datos de carácter personal

Sanitas S.A. de Seguros, para la efectividad de la presente póliza colectiva de seguro de vida, comunicará a Seguros Lagun Aro Vida, S.A. los datos personales, incluidos datos de salud, de los asegurados que integren en cada momento el colectivo asegurado, que resulten imprescindibles para el mantenimiento de la relación contractual. En este sentido le informamos que sus datos de carácter personal, recogidos en este momento o que en el futuro se recojan para el mantenimiento y gestión de las relaciones contractuales con Seguros Lagun Aro Vida S.A., serán registrados en un fichero automatizado, titularidad de Seguros Lagun Aro Vida y situado en su Centro de Proceso de Datos de Mondragón, Paseo José María Arizmendiarrieta s/n, sobre el cual los afectados podrán ejercitar los derechos de acceso y, en su caso, los derechos de rectificación, cancelación y oposición.

Por su parte, Seguros Lagun Aro Vida, S.A., se compromete a la observancia de las disposiciones contenidas en los artículos 9 y 10 LOPD, obligándose a mantener la confidencialidad de los datos recabados, a custodiarlos, y a adoptar las medidas de seguridad correspondientes de acuerdo a lo dispuesto por el RD 994/1999, de 11 de junio.

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: 90.000€.**

- **Asistencia hospitalaria hasta 70.000€, con el sublímite de parto hasta 1.900€.**

- **Asistencia extrahospitalaria hasta 18.000€.**

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

Cobertura segunda opinión médica

Comprende una segunda opinión sobre el diagnóstico o tratamiento médico en el caso de enfermedades graves, de carácter crónico, que necesiten una atención programada, cuyo curso pueda requerir de nuevas pruebas diagnósticas o medidas terapeúticas, y con un mal pronóstico a priori. Esta segunda opinión será emitida mediante informe médico por especialistas, centros asistenciales, médicos o académicos de primer nivel, en cualquier país del mundo, designados por SANITAS.

Para utilizar este servicio, el Asegurado podrá contactar en los teléfonos 902 19 97 24 ó 93 25 40 538 donde se le explicará el

procedimiento a seguir y la documentación a remitir, que comprenderá información médica escrita, radiografías u otros diagnósticos por imagen realizados excluyendo cualquier envío de material biológico o sintético. El expediente se hará llegar,con la debida confidencialidad, al especialista o centro correspondiente según la enfermedad de que se trate.

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

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

Durante todo este proceso el Asegurado tendrá asignado un médico consultor, responsable de gestionar el caso y asesorar al paciente.

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

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

Sanitas Dental Reembolso

Las prestaciones aseguradas por esta póliza son las especificadas en el documento *Prestaciones Dentales Aseguradas,* anexo a las Condiciones Particulares y que forma parte integrante e inseparable de las mismas y de estas Condiciones Generales. Están clasificadas del siguiente modo:

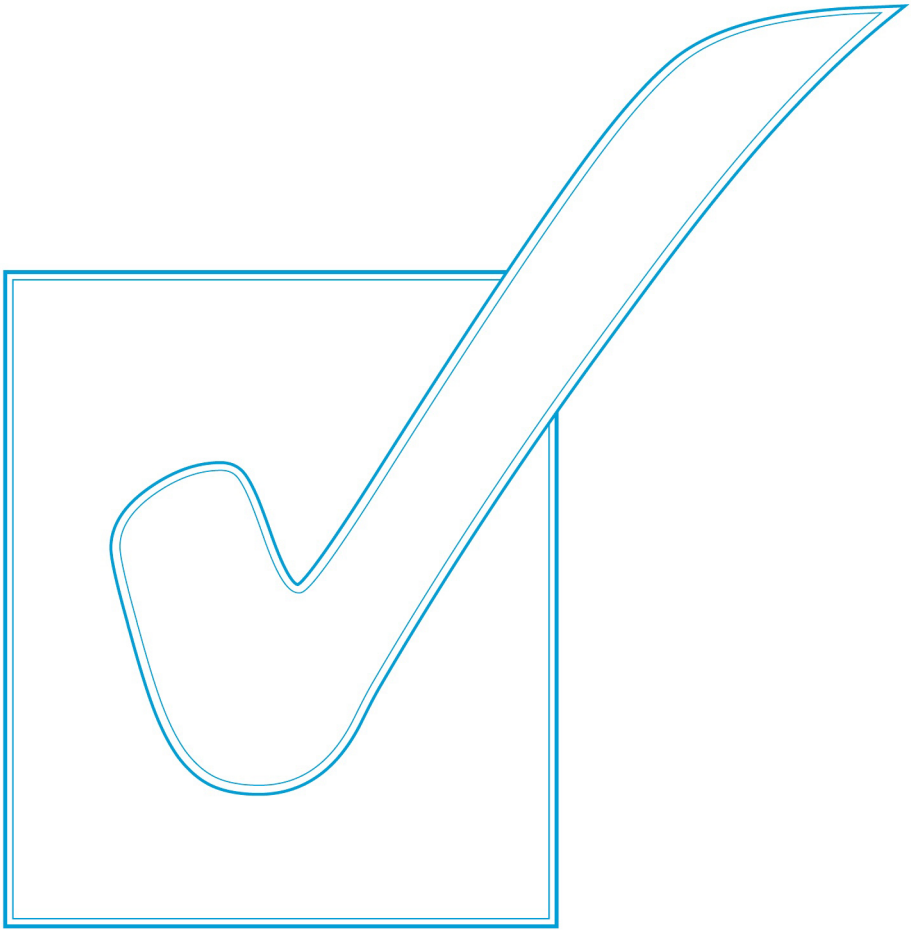
- Sin franquicia: el Asegurado no tiene que abonar al odontólogo cantidad alguna, salvo en el supuesto de que su póliza lleve aparejados copagos y estos vendrán especificados en las Condiciones Particulares de su póliza.

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

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

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

COBERTURAS COMPLEMENTARIAS DE LA PÓLIZA



Cobertura digital

Asesor Médico

1.OBJETO DE LA COBERTURA

Facilitar al Asegurado información, orientación y atención profesional y personalizada, exclusivamente mediante técnicas de comunicación a distancia (vía telefónica, mensajería online y videoconsulta) para facilitar información orientativa sobre dudas médicas generales.

Alcance de la cobertura:

- Servicio ofrecido por médicos especializados en facilitar asesoramiento general a distancia, sin que en ningún caso permita el diagnóstico de enfermedades o prescripción de medicamentos. En caso de urgencia debe de acudir a cualquier centro concertado a tal fin por SANITAS.
- Asesoramiento médico general, y orientación al paciente en referencia a sus consultas de salud (recomendaciones de derivaciones al especialista adecuado, posibles alternativas,..).
- Esta cobertura corresponde al Asegurado y es personal e intransferible.
- El horario de atención es de lunes a viernes de 9h a 21h.
- Los servicios serán prestados del modo que establezca SANITAS. Para el servicio de videoconsulta en aquellos casos en que esté disponible, deberá de conectarse cita previa.
- Los servicios que son objeto de esta cobertura asegurada son prestados por Sanitas Emisión S.L., empresa del Grupo Sanitas.
- Si el Asegurado es menor de 18 años la interlocución se efectuará con el representante legal del menor.
- El ámbito territorial de esta cobertura es el Estado Español.

Procedimiento:

- El Asegurado podrá solicitar este servicio a través de Mi Sanitas en www.sanitas.es o a través de la App móvil para establecer contacto mediante mensajería online o citación para videoconsulta, dentro del horario establecido.
- El Asegurado también podrá contactar telefónicamente con el asesor médico, siempre que lo necesite en horario de 9:00 a 21:00.
- Los servicios objeto de cobertura serán prestados siempre que la presente cobertura y la póliza de la cual forma parte se encuentren en vigor y al corriente de pago de la prima.

2.DURACIÓN

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

3.RIESGOS EXCLUIDOS

Sin perjuicio de las exclusiones establecidas en las condiciones generales de la póliza serán específicamente aplicables a esta cobertura las siguientes exclusiones:

- **Consultas o atenciones que requieran la presencia física del facultativo.**
- **Las coberturas excluidas en las condiciones generales y particulares de la póliza.**

Entrenador Personal

1.OBJETO DE LA COBERTURA

Facilitar al Asegurado información, orientación y atención profesional y personalizada en materia de actividad física, mediante técnicas de comunicación a distancia (principalmente vía telefónica, mensajería online y videoconsulta) con el objetivo de mejorar la condición física del Asegurado.

Alcance de la cobertura:

- Servicio ofrecido por fisioterapeutas especializados y entrenadores personales específicamente designados por SANITAS en cada caso, que trabajan con protocolos médicos y planes de atención específicos en función del perfil y la situación de salud del Asegurado.
- Asesoramiento en todos los aspectos relacionados con la actividad física, ofreciendo recomendaciones en materia deportiva, así como resolución de dudas por parte del asesor y seguimiento personalizado de cada Asegurado.
- Los objetivos y planes de acción con cada Asegurado serán individualizados y se consensuarán conjuntamente con el mismo.
- Servicio prestado a través de técnicas de comunicación a distancia, principalmente vía telefónica, mensajería online y videoconsulta.
- Esta cobertura corresponde en exclusiva al Asegurado y es personal e intransferible.
- El horario de atención es de lunes a viernes de 10h a 18.00h. Excepto festivos Nacionales y locales en Madrid.
- El servicio de videoconsulta se prestara en aquellos casos que SANITAS lo establezca y siempre con cita previa.
- Los servicios objeto de esta cobertura con prestados por Sanitas Emisión S.L., empresa del Grupo Sanitas.
- Si el Asegurado es menor de 18 años la interlocución se efectuará con el representante legal del menor.
- El ámbito de la cobertura es el Estado Español.

Procedimiento:

- El Asegurado solicitará este servicio a través de Mi Sanitas en www.sanitas.es o a través de la App móvil.
- Un entrenador personal (fisioterapeuta) elaborará un plan de actividad física personalizado.
- Se planificará con el Asegurado la periodicidad y tipo de contactos de seguimiento del programa (vía telefónica, mensajería online y videoconsulta).
- El Asegurado también podrá contactar con el entrenador personal, siempre que lo necesite, telefónicamente, mediante mensajería online o citación para videoconsulta, durante el periodo de vigencia del producto siempre que la presente cobertura y la póliza de la cual forma parte se encuentren en vigor y al corriente de pago de la prima y dentro del horario establecido.

2. DURACIÓN

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

3. RIESGOS EXCLUIDOS

Sin perjuicio de las exclusiones establecidas en las condiciones generales de la póliza serán específicamente aplicables a esta cobertura las siguientes exclusiones:

- **Consultas o atenciones efectuadas con carácter presencial.**
- **El objeto de esta cobertura no comprende el diagnóstico de enfermedades ni la prescripción de pruebas diagnósticas ni tratamientos médicos.**
- **La atención a cualquier patología, congénita o adquirida que a juicio del especialista sea un impedimento para la realización del plan.**
- **Las coberturas excluidas con carácter general en las condiciones generales y particulares de la póliza.**

Nutrición

1. OBJETO DE LA COBERTURA

Facilitar al Asegurado información, orientación y atención profesional y personalizada en materia de nutrición, mediante técnicas de comunicación a distancia (principalmente vía telefónica, mensajería online y videoconsulta) para servir

de apoyo a la consecución de hábitos alimentarios saludables.

Alcance de la cobertura:

- Servicio ofrecido por especialistas titulados en nutrición y dietética que trabajan con protocolos médicos y planes de atención específicos en función del perfil y la situación de salud del Asegurado.
- Asesoramiento en todos los aspectos relacionados con nutrición, ofreciendo recomendaciones, así como resolución de dudas por parte del asesor y seguimiento personalizado de cada Asegurado.
- Los objetivos y planes de acción con cada Asegurado serán individualizados y se consensuarán conjuntamente con el mismo.
- Servicio prestado a través de técnicas de comunicación a distancia, principalmente vía telefónica, mensajería online y videoconsulta.
- Esta cobertura corresponde en exclusiva al Asegurado y es por tanto personal e intransferible.
- El horario de atención es de lunes a viernes de 10h a 18.30h excepto festivos nacionales y locales de Madrid.
- El servicio de videoconsulta se producirá siempre que esté disponible y con cita previa.
- Los servicios que son objeto de esta cobertura asegurada son prestados por Sanitas Emisión S.L.
- Si el Asegurado es menor de 18 años la interlocución se efectuará con el representante legal del menor.
- El ámbito territorial de cobertura es el del Estado Español.

Procedimiento:

- El Asegurado solicitará este servicio a través de Mi Sanitas en www.sanitas.es o a través de la App móvil. Un nutricionista elaborará un plan de nutrición personalizado.
- Se programará con el Asegurado la periodicidad y tipo de contactos de seguimiento del programa (vía telefónica, mensajería online y videoconsulta).
- El Asegurado también podrá contactar con el nutricionista, siempre que lo necesite, telefónicamente, mediante mensajería online o citación para videoconsulta, durante el periodo de vigencia del producto y dentro del horario establecido.

2.DURACIÓN

Esta cobertura complementaria entrará en vigor en la Fecha expresamente indicada las condiciones particulares De la póliza y su extinción coincidirá con la fecha de vencimiento de la misma prorrogándose por anualidades sucesivas en los mismos términos y condiciones establecidas para la garantía principal en las condiciones generales de esta póliza.

3.RIESGOS EXCLUIDOS

Sin perjuicio de las exclusiones establecidas en las condiciones generales de la póliza serán específicamente aplicables a esta cobertura las siguientes exclusiones:

- **Consultas o atenciones efectuadas con carácter presencial.**
- **Diagnóstico de enfermedades, prescripción de pruebas diagnósticas y tratamientos médicos.**
- **La atención por los siguientes trastornos: bajo peso (Índice de Masa Corporal menor a 17), trastornos de la alimentación (anorexia, bulimia, etc.) o cualquier patología médica/pluripatología seria que el profesional sanitario considere que debe ser seguida en consultas de modo presencial.**
- **El seguimiento de la obesidad mórbida (Índice de Masa Corporal mayor a 40 o mayor de 35 con comorbilidades asociadas (DBT,HTA, cardiopatía, SAOS...) queda excluido porque se deberá efectuar según el protocolo establecido por la compañía, una vez se confirme que el Asegurado cumple los requisitos establecidos por SANITAS).**
- **Las coberturas excluidas con carácter general en las condiciones generales y particulares de la póliza.**

Psicología

1.OBJETO DE LA COBERTURA

Facilitar al Asegurado información, orientación y atención profesional y personalizada en materia de psicología, mediante técnicas de comunicación a distancia (principalmente vía telefónica, mensajería online y videoconsulta), para servir de apoyo a la consecución del bienestar psicológico.

Alcance de la cobertura:

- Servicio ofrecido por psicólogos que trabajan con protocolos médicos y planes de atención específicos en función del perfil y la situación de salud del cliente.
- Los objetivos y planes de acción con cada Asegurado serán individualizados y se consensuarán conjuntamente con el mismo.
- Servicio prestado a través de técnicas de comunicación a distancia, principalmente vía telefónica, mensajería online y video consulta.
- Esta cobertura corresponde al Asegurado y es personal e intransferible.
- El horario de atención es de lunes a viernes de 10h a 18.00h. excepto festivos nacionales, y locales de Madrid.
- Los servicios serán prestados del modo que establezca SANITAS. Para el servicio de videoconsulta éste se prestará en aquellos casos en que esté disponible y, deberá de concertarse mediante cita previa Los servicios que son objeto de esta cobertura asegurada son prestados por Sanitas Emisión S.L.
- El ámbito territorial de la cobertura es el Estado Español.

Procedimiento:

- El Asegurado solicitará este servicio a través de Mi Sanitas en www.sanitas.es o a través de la App móvil.
- Un psicólogo elaborará un plan personalizado sobre el Asegurado y programará el plan de acción.
- Se programará con el Asegurado la periodicidad y tipo de contactos de seguimiento del programa (vía telefónica, mensajería online y videoconsulta), que efectuará el asesor siguiendo el plan de acción establecido.
- El Asegurado también podrá contactar con el asesor, siempre que lo necesite, en horario de 10:00 a 18:00 o bien , mediante mensajería online o citación para videoconsulta.
- Los servicios objeto de cobertura serán prestados siempre que la presente cobertura y la póliza de la cual forma parte se encuentren en vigor y al corriente de pago de prima.

2.DURACIÓN

Esta cobertura complementaria entrará en vigor en la fecha expresamente indicada en las condiciones particulares de la póliza y su extinción coincidirá con la fecha de vencimiento de la misma prorrogándose por anualidades sucesivas en los mismos términos y condiciones establecidos para la garantía principal en las condiciones generales de esta póliza. Esta cobertura estará en vigor hasta la fecha de vencimiento de la póliza de la cual forma parte y se prorrogará en los mismos términos y condiciones establecidos para la garantía principal en las condiciones generales de esta póliza.

3.RIESGOS EXCLUIDOS

Sin perjuicio de las exclusiones establecidas en las condiciones generales de la póliza serán específicamente aplicables a esta cobertura las siguientes exclusiones:

- **Los Asegurados menores de 18 años y aquellos que no figuren como Asegurados del seguro principal que es objeto de esta póliza.**
- **Consultas o atenciones efectuadas con carácter presencial.**
- **Diagnóstico de enfermedades, prescripción de pruebas diagnósticas y tratamientos médicos.**
- **La atención por los siguientes trastornos: psicóticos, depresión grave, trastornos de la alimentación (anorexia, bulimia, etc) trastornos de la**

personalidad (esquizoide, evitativo, dependiente, histriónico, límite, etc); demencias y deterioro cognitivo; obesidad mórbida (este seguimiento se deberá efectuar según el protocolo establecido por la compañía, una vez se confirme que el Asegurado cumple los requisitos establecidos por SANITAS).

- **Las coberturas excluidas con carácter general en las condiciones generales y particulares de la póliza.**

Programa Materno Infantil

1. OBJETO DE LA COBERTURA

Facilitar al Asegurado información, orientación y atención profesional y personalizada en relación al embarazo, postparto y primeros meses de vida del bebé, mediante técnicas de comunicación a distancia (principalmente vía telefónica, mensajería online y videoconsulta) con el objetivo de ayudar a la Asegurada a disfrutar de un embarazo y postparto saludable, así como aportar consejos para los primeros cuidados del bebé:

Alcance de la cobertura:

- Servicio ofrecido por matronas específicamente designadas por SANITAS en cada caso, que trabajan con protocolos médicos y planes de atención específicos en función del perfil y la situación de salud de la Asegurada.
- Asesoramiento en todos los aspectos relacionados con el embarazo, postparto y primeros meses de vida del bebé, ofreciendo recomendaciones en la materia así como resolución de dudas por parte del asesor y seguimiento personalizado de cada Asegurada.
- Los objetivos y planes de acción con cada Asegurada serán individualizados y se consensuarán conjuntamente con el mismo.
- Servicio prestado a través de técnicas de comunicación a distancia, principalmente vía telefónica, mensajería online y videoconsulta.
- Esta cobertura corresponde en exclusiva a la Asegurada y es personal e intransferible.
- El horario de atención es de lunes a viernes de 9h a 22.00h y sábados de 9 a 16h. Excepto festivos Nacionales y locales en Madrid.
- El servicio de videoconsulta se prestará en aquellos casos que SANITAS lo establezca y siempre con cita previa.
- Los servicios objeto de esta cobertura son prestados por Sanitas Emisión S.L., empresa del Grupo Sanitas.
- Si la Asegurada es menor de 18 años la interlocución se efectuará con el representante legal del menor.
- El ámbito de la cobertura es el Estado Español.

Procedimiento:

- La Asegurada solicitará este servicio a través de Mi Sanitas en www.sanitas.es o a través de la App móvil.
- Una matrona elaborará un plan de cuidados personalizado.
- Se planificará con la Asegurada la periodicidad y tipo de contactos de seguimiento del programa (vía telefónica, mensajería online y videoconsulta).
- La Asegurada también podrá contactar con la matrona, siempre que lo necesite, telefónicamente, mediante mensajería online o citación para videoconsulta, durante el periodo de vigencia del producto siempre que la presente cobertura y la póliza de la cual forma parte se encuentren en vigor y al corriente de pago de la prima y dentro del horario establecido.

2. DURACIÓN

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

3. RIESGOS EXCLUIDOS

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

- Consultas o atenciones efectuadas con carácter presencial.
- El objeto de esta cobertura no comprende el diagnóstico de enfermedades ni la prescripción de pruebas diagnósticas ni tratamientos médicos.
- La atención a cualquier patología, congénita o adquirida que a juicio del especialista sea un impedimento para la realización del plan.
- Las coberturas excluidas con carácter general en las condiciones generales y particulares de la póliza.

Programa Niño Sano

1. OBJETO DE LA COBERTURA

Facilitar al Asegurado información, orientación y atención profesional y personalizada en relación a la salud y desarrollo de los niños hasta los 14 años, mediante técnicas de comunicación a distancia (principalmente vía telefónica, mensajería online y videoconsulta) con el objetivo de completar la información facilitada por el pediatra en las consultas presenciales así como para solucionar dudas.

Alcance de la cobertura:

- Servicio ofrecido por enfermeros pediátricos específicamente designados por SANITAS en cada caso, que trabajan con protocolos médicos y planes de atención específicos en función del perfil y la situación de salud del Asegurado.
- Asesoramiento en todos los aspectos relacionados con la salud y desarrollo de los niños hasta los 14 años, ofreciendo recomendaciones en la materia así como resolución de dudas por parte del asesor y seguimiento personalizado de cada Asegurado.
- Los objetivos y planes de acción con cada Asegurado serán individualizados y se consensuarán conjuntamente con el mismo.
- Servicio prestado a través de técnicas de comunicación a distancia, principalmente vía telefónica, mensajería online y videoconsulta.
- Esta cobertura corresponde en exclusiva al Asegurado y es personal e intransferible.
- El horario de atención es de lunes a viernes de 9h a 22.00h y sábados de 9 a 16h. Excepto festivos Nacionales y locales en Madrid.
- El servicio de videoconsulta se prestará en aquellos casos que SANITAS lo establezca y siempre con cita previa.
- Los servicios objeto de esta cobertura son prestados por Sanitas Emisión S.L., empresa del Grupo Sanitas.
- La interlocución se efectuará con el representante legal del menor.
- El ámbito de la cobertura es el Estado Español.

Procedimiento:

- El Asegurado solicitará este servicio a través de Mi Sanitas en www.sanitas.es o a través de la App móvil.
- Un enfermero pediátrico elaborará un plan de cuidados personalizado.
- Se planificará con el Asegurado la periodicidad y tipo de contactos de seguimiento del programa (vía telefónica, mensajería online y videoconsulta).
- El Asegurado también podrá contactar con el enfermero pediátrico, siempre que lo necesite, telefónicamente, mediante mensajería online o citación para videoconsulta, durante el periodo de vigencia del producto siempre que la presente cobertura y la póliza de la cual forma parte se encuentren en vigor y al corriente de pago de la prima y dentro del horario establecido.

2. DURACIÓN

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

3. RIESGOS EXCLUIDOS

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

- Consultas o atenciones efectuadas con carácter presencial.
- El objeto de esta cobertura no comprende el diagnóstico de enfermedades ni la prescripción de pruebas diagnósticas ni tratamientos médicos.
- La atención a cualquier patología, congénita o adquirida que a juicio del especialista sea un impedimento para la realización del plan.
- Las coberturas excluidas con carácter general en las condiciones generales y particulares de la póliza.

Programa Cuidado del suelo pélvico

1. OBJETO DE LA COBERTURA

Facilitar al Asegurado información, orientación y atención profesional y personalizada en relación al cuidado y rehabilitación del suelo pélvico, mediante técnicas de comunicación a distancia (principalmente vía telefónica, mensajería online y videoconsulta) con el objetivo de ayudar al Asegurado a prevenir o mejorar los problemas de suelo pélvico.

Alcance de la cobertura:

- Servicio ofrecido por fisioterapeutas específicamente designados por SANITAS en cada caso, que trabajan con protocolos médicos y planes de atención específicos en función del perfil y la situación de salud del Asegurado.
- Asesoramiento en todos los aspectos relacionados con el cuidado y rehabilitación del suelo pélvico, ofreciendo recomendaciones en la materia así como resolución de dudas por parte del asesor y seguimiento personalizado de cada Asegurado.
- Los objetivos y planes de acción con cada Asegurado serán individualizados y se consensuarán conjuntamente con el mismo.
- Servicio prestado a través de técnicas de comunicación a distancia, principalmente vía telefónica, mensajería online y videoconsulta.
- Esta cobertura corresponde en exclusiva al Asegurado y es personal e intransferible.
- El horario de atención es de lunes a viernes de 10h a 18.00h. Excepto festivos Nacionales y locales en Madrid.
- El servicio de videoconsulta se prestará en aquellos casos que SANITAS lo establezca y siempre con cita previa.
- Los servicios objeto de esta cobertura son prestados por Sanitas Emisión S.L., empresa del Grupo Sanitas.
- Si el Asegurado es menor de 18 años la interlocución se efectuará con el representante legal del menor.
- El ámbito de la cobertura es el Estado Español.

Procedimiento:

- El Asegurado solicitará este servicio a través de Mi Sanitas en www.sanitas.es o a través de la App móvil.
- Un fisioterapeuta elaborará un plan de cuidados personalizado.
- Se planificará con el Asegurado la periodicidad y tipo de contactos de seguimiento del programa (vía telefónica, mensajería online y videoconsulta).
- El Asegurado también podrá contactar con el fisioterapeuta, siempre que lo necesite, telefónicamente, mediante mensajería online o citación para videoconsulta, durante el periodo de vigencia del producto siempre que la presente cobertura y la póliza de la cual forma parte se encuentren en vigor y al corriente de pago de la prima y dentro del horario establecido.

2. DURACIÓN

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

garantía principal en las Condiciones Generales de esta póliza.

3. RIESGOS EXCLUIDOS

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

- Consultas o atenciones efectuadas con carácter presencial.
- El objeto de esta cobertura no comprende el diagnóstico de enfermedades ni la prescripción de pruebas diagnósticas ni tratamientos médicos.
- La atención a cualquier patología, congénita o adquirida que a juicio del especialista sea un impedimento para la realización del plan.
- Las coberturas excluidas con carácter general en las condiciones generales y particulares de la póliza.

Analítica a domicilio

1.OBJETO DE LA COBERTURA

Reembolso del servicio de analítica a domicilio y desplazamiento del personal del laboratorio al domicilio o lugar donde se encuentre el Asegurado para la realización de la extracción de la muestra a analizar. Quedará en cobertura la analítica de sangre y orina prescrita por un médico , excepto aquellas determinaciones encaminadas al estudio del mapa genético genético y las indicadas a continuación y que figuran en la Cláusula III del presente condicionado general: todos los procedimientos diagnósticos, quirúrgicos o terapéuticos cuya **seguridad y eficacia clínicas** no estén debidamente contrastadas científicamente o que sean de **aparición nueva, posterior a la firma de la presente póliza;** los procedimientos **no universalizados, ni consolidados en la práctica clínica habitual,** 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.

Alcance de la cobertura:

- El Asegurado podrá elegir cualquier laboratorio legalmente habilitado para realizar la analítica:
    - Si el laboratorio está concertado para la prestación del servicio “Analítica a Domicilio BLUA” el Asegurado no tendrá que abonar importe alguno por la prestación del servicio
    - Si el laboratorio no está concertado para la prestación del servicio Analítica a Domicilio BLUA el Asegurado abonará el correspondiente importe por la prestación del servicio y podrá solicitar a SANITAS el reembolso de los gastos de desplazamiento incurridos por el personal del laboratorio
- El porcentaje a reembolsar para cada garantía será el específicamente indicado en las condiciones particulares de la póliza.
- Para solicitar el reembolso, el Asegurado deberá de aportar factura justificativa del pago donde conste debidamente desglosado el importe correspondiente a las determinaciones analíticas y al desplazamiento del personal del laboratorio al lugar acordado con el Asegurado así como cualquier otra documentación que SANITAS considere necesaria para comprobar la procedencia del reembolso bajo la cobertura asegurada.
- Esta cobertura entrará en vigor una vez haya tomado efecto la misma en la fecha expresamente indicada en las correspondientes condiciones particulares y siempre que se encuentre la póliza al corriente de pago.

- El servicio será prestado exclusivamente al Asegurado de alta en la póliza. Cobertura personal e intransferible.
- Se permitirán **dos servicios por Asegurado y anualidad.**
- El ámbito territorial de cobertura es el del Estado Español. Por tanto la ubicación de laboratorio y del Asegurado deben de encontrase dentro de dicho territorio.

Procedimiento:

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

Farmacia con envío a domicilio

Comprende el reembolso del importe de aquel los medicamentos cuya comercialización se encuentre autorizada por el organismo público competente en la materia, y siempre que sean necesarios para el tratamiento de patologías sufridas por el Asegurado y que sean objeto de cobertura por esta póliza. El reembolso de dicho importe se realizará en el porcentaje establecido en las Condiciones Particulares y hasta el límite del capital por Asegurado y anualidad 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.

1.1. SERVICIO DE ENVÍO DE MEDICAMENTOS A DOMICILIO PRESTADO POR TERCEROS

Dentro de la presente garantía complementaria de farmacia queda igualmente incluida la cobertura por SANITAS del coste de envío de los medicamentos prescritos al domicilio del Asegurado, en los términos establecidos en el presente apartado.

Para hacer uso de este servicio el Asegurado deberá solicitarlo llamando al teléfono 91 353 63 48. Una vez solicitado el servicio y en una plazo máximo de 3h, un servicio de mensajería se personará en el domicilio del Asegurado dentro del territorio español, incluidas las islas, Ceuta y Melilla, y éste deberá facilitar la receta médica original que deberá presentarse en la oficina de farmacia para la correcta dispensación del medicamento. SANITAS ni la empresa a la que haya contratado en su caso la prestación de este servicio no serán responsables si el medicamento no es dispensado en la farmacia por requerirse la identificación del Asegurado en función del tipo de medicamento de que se trate, o si no fuese considerada válida la receta presentada por cualquier motivo. Únicamente son objeto de la presente cobertura de envío de medicamentos, aquellos que hayan sido prescritos por un médico para la atención de una patología sufrida por el Asegurado y que sea objeto de cobertura asegurada por la póliza. No son por tanto objeto de cobertura aquellos otros medicamentos o productos en general comercializados en las farmacias en los que no concurran los requisitos ya indicados y en general aquellos que no requieran de receta médica para su dispensación.

El servicio de envío de medicamentos a domicilio prestado por terceros podrá ser solicitado hasta un máximo de **6 veces por anualidad y Asegurado** y ello con independencia del número de Asegurados que figuren incorporados a la póliza.

El Asegurado deberá abonar el importe del medicamento en el momento de la entrega, pudiendo solicitar el reembolso del mismo posteriormente a SANITAS en los términos descritos anteriormente y en las restantes estipulaciones de la póliza que resulten de aplicación.

SANITAS no asume responsabilidad alguna por el estado de los medicamentos. Tampoco garantiza la efectividad del servicio en caso de que no sea posible su prestación por cualquier causa o se ejecute de manera distinta a la prevista. Quedando excluido de responsabilidad aquellos supuestos de demora en la entrega o defectos en el estado del medicamento que no sean directamente imputables a la empresa que SANITAS haya contratado para la prestación del servicio.

Cláusula III: Coberturas excluidas

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

A. Toda clase de enfermedades, lesiones, dolencias, defectos constitucionales o congénitos, deformaciones, estado o situación médica (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 aquellos medios, procedimientos o técnicas diagnósticas, quirúrgicas o terapéuticas que sean de aparición posterior a la fecha de contratación de la póliza salvo que SANITAS, en cumplimiento de lo establecido en el art 126.2 del Real decreto 1060/2015 de 20 de noviembre de ordenación supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, haya comunicado por escrito al Tomador su incorporación a las coberturas aseguradas, en los términos y dentro de los límites que se establezcan en dicha comunicación.

Igualmente queda excluido cualquier método terapéutico, técnica quirúrgica o prueba diagnóstica realizada dentro de un ensayo clínico o que por su falta de seguridad o eficacia no sean empleados en la práctica clínica habitual, considerando como tales aquellos que no consten aprobados por la Agencia Europea del Medicamento y/o la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, así como por las Agencias de Evaluación de las tecnologías Sanitarias dependientes de los servicios de salud de las CCAA o del Ministerio de Sanidad. También quedan excluidos de cobertura todos aquellos métodos terapéuticos, técnicas quirúrgicas o pruebas diagnósticas que hayan quedado manifiestamente superados por otros disponibles.

H. Cualquier tipo de servicio relacionado con:

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

- El diagnóstico 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 trasplante 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. Excepto la determinación de BCRA1 y BCRA2, y las plataformas genómicas para el cáncer de mama (ONCOTYPE; MAMMAPRINT y PROSIGNA) en las condiciones detalladas en apartados anteriores. 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, prótesis personalizada, cualquier tipo de

material ortopédico, fijadores externos, materiales biológicos o sintéticos, injertos, endoprótesis esofágica o colónica, endoprótesis aórticas, conductos valvulados, excepto los conductos valvulados asociados a cirugía valvular aórtica, 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 sólo se cubren las ocasionadas por enfermedad tumoral, quedando expresamente excluidas las siguientes: cirugías con carácter profiláctico, salvo aquellas que cumplen los criterios detallados en el apartado de cirugía de la mama; y las realizadas para corregir hipertrofias mamarias y/o ginecomastias. 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, 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 exclusivamente para retinopatías isquémicas, edema macular, glaucoma y lesiones periféricas retinianas (agujeros o desgarros).

- El cross linking corneal para el tratamiento del queratocono.

- Tratamientos de hemorroides.

- Cirugía vascular periférica con patología (no estética).

- Otorrinolaringología láser de CO_2.

- En fisioterapia músculo-esquelética.

- Litotricia endoureteral y vesical por láser.

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

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

L. Los siguientes medicamentos de uso humano:

- Cualquier tipo de medicamento que sea administrado al asegurado fuera del régimen de asistencia sanitaria con hospitalización con la única excepción de la quimioterapia administrada vía parenteral por un profesional sanitario y mediante instilación vesical en el

caso de MITOMICINA Y BCG en régimen de asistencia sanitaria sin hospitalización o ambulatoria; y la medicación en las terapias respiratorias domiciliarias que sean objeto expreso de cobertura asegurada.

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

- **Los siguientes medicamentos especiales:**
  - **Vacunas/autovacunas y demás medicamentos biológicos**
  - **Medicamentos de origen humano**
  - **Medicamentos de terapia avanzada (génica y celular)**
  - **Medicamentos de plantas medicinales**
  - **Medicamentos homeopáticos**
  - **Productos Parafarmacia**

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

N. Queda excluida la cirugía metabólica en diabetes.

Cláusula IV: Periodos de carencia

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

Plazos de Carencia para la modalidad de Cuadro Médico:

- **Vasectomía y ligadura de trompas:** 10 meses
- **Psicología:** 6 meses
- **Pruebas diagnósticas complejas:** 6 meses
- **Los siguientes métodos terapéuticos complejos: cardiología intervencionista/ hemodinamia; radiología intervencionista; radioterapia y quimioterapia; y litroticia:** 10 meses
- **Intervenciones quirúrgicas ambulatorias. Ejemplo: Intervenciones del Grupo 0 al II según clasificación de la Organización Médica Colegial:** 3 meses
- **Parto o cesárea salvo parto prematuro (menos de 37 semanas):** 8 meses
- **Hospitalización e intervenciones quirúrgicas no ambulatorias o en régimen de hospitalización. Ejemplo: Intervenciones del Grupo III al VIII según clasificación de la Organización Médica Colegial.:** 10 meses
- **Cirugía bariátrica en obesidad mórbida:** 60 meses

Plazos de Carencia para la modalidad de Reembolso:

- **Vasectomía y ligadura de trompas:** 10 meses
- **Pruebas diagnósticas complejas:** 6 meses
- **Los siguientes métodos terapéuticos complejos: cardiología intervencionista/ hemodinamia; radiología intervencionista; radioterapia y quimioterapia; y litroticia:** 10 meses
- **Intervenciones quirúrgicas ambulatorias. Ejemplo: Intervenciones del Grupo 0 al II según clasificación de la Organización Médica Colegial:** 3 meses
- **Parto o cesárea salvo parto prematuro (menos de 37 semanas):** 8 meses
- **Hospitalización e intervenciones quirúrgicas no ambulatorias o en régimen de hospitalización. Ejemplo: Intervenciones del Grupo III al VIII según clasificación de la Organización Médica Colegial:** 10 meses
- **Cirugía bariátrica en obesidad mórbida:** 60 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.

2. A traves de la modalidad de reembolso de gastos

Las prestaciones médicas que son objeto de cobertura por esta póliza bajo la modalidad de cuadro medico concertado y dentro de sus mismos límites y exclusiones podrán ser cubiertas bajo la modalidad de reembolso. El reembolso por parte de SANITAS de los gastos correspondientes a las prestaciones medicas aseguradas ya indicadas se realizará de acuerdo con los porcentajes de reembolso y límites específicos de capital asegurado para cada garantía contratada, según se especifica en las Condiciones Particulares de la presente póliza y siguiendo las normas de tramitación de reembolsos establecidas en este Condicionado General.

En caso de utilizar la modalidad de reembolso de gastos no será necesario que la prescripción y realización de los servicios asistenciales sea realizada por un facultativo perteneciente al cuadro médico concertado por SANITAS.

A)Límites de capital asegurado

1.- Asistencia sanitaria hospitalaria:

Con el mismo alcance de cobertura asegurada que el correspondiente a la modalidad de cuadro médico concertado, SANITAS asumirá hasta los límites y sublímites de capital asegurado establecidos en las Condiciones Particulares de la Póliza, los gastos originados por ingresos médicos, intervenciones quirúrgicas, partos o cesáreas: honorarios de cirujanos y sus ayudantes, matronas, anestesistas, utilización de quirófano, material y medicamentos, estancias en U.V.I. o U.C.I., así como los gastos de hospitalización que incluyan manutención y habitación convencional con cama de acompañante.

Las intervenciones quirúrgicas realizadas al mismo Asegurado el mismo día, por el mismo profesional, se considerarán una única intervención a efectos de la aplicación del límite de capital asegurado correspondiente.

Los importes reflejados en las facturas por utilización de técnicas quirúrgicas especificas, (robótica, láser etc.,) se incluirán en el límite correspondiente a honorarios de cirujanos y ayudantes.

El asegurado podrá hacer uso de manera simultánea de las modalidades de cuadro médico y reembolso en relación a un mismo ingreso hospitalario, debiendo cumplir en todo caso con la normativa relativa a cada una de dichas modalidades asistenciales y siempre que SANITAS haya autorizado previamente dicha utilización conjunta.

2.- Asistencia sanitaria sin hospitalización:

Con el mismo alcance de cobertura asegurada que el correspondiente a la modalidad de cuadro medico concertado, SANITAS asumira hasta los límites y sublímites de capital asegurado establecidos en las Condiciones Particulares de la Póliza los gastos correspondientes a:

- **Consultas médicas.**
- **Servicios de urgencias a domicilio.**
- **Pruebas diagnósticas.**
- **Métodos terapéuticos.**
- **Cirugía de día o ambulatoria.**
- **Servicio de ambulancia por vía terrestre**

B) Porcentaje de reembolso

Con carácter general, SANITAS reembolsará únicamente el porcentaje indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza, del importe de los gastos médicos y/u hospitalarios en los que incurra realmente el Asegurado como consecuencia de la asistencia en las garantías contratadas incluidas en la cobertura de esta póliza, siendo la diferencia porcentual restante a cargo del propio Asegurado.

En el caso de que el Asegurado utilice los servicios garantizados en España concertados por SANITAS, el Tomador del Seguro o Asegurado no tendrán que hacer

efectivo el pago por dichos servicios, corriendo la totalidad de los gastos médicos y/u hospitalarios directamente por cuenta y a cargo de SANITAS. Para ello, el Asegurado deberá proceder conforme se indica en la presente cláusula.

C) Procedimiento para el reembolso de gastos

Para la tramitación del reembolso de gastos objeto de cobertura por esta póliza debe de cumplirse con lo indicado a continuación:

C.1. El Asegurado o cualquier persona en su nombre deberá comunicar el ingreso hospitalario, intervención quirúrgica y en general cualquier prestación médica asegurada dentro del plazo máximo de (7) días de haberlo conocido, salvo que se haya fijado un plazo mas amplio.

En el caso de intervención quirúrgica o internamiento hospitalario programado, deberá de comunicar dicha circunstancia a SANITAS, desde el momento en que tenga conocimiento de la fecha en la que dicha intervención quirúrgica o internamiento hospitalario vaya a producirse y en todo caso dentro del plazo maximo de (7) días de haberlo conocido.

C.2. En los casos de intervenciones quirúrgicas, hospitalizaciones, partos o cesáreas, pruebas diagnósticas y métodos terapéuticos, junto con la comunicación de enfermedad o accidente, el Tomador del Seguro o Asegurado enviará a SANITAS un informe médico en el que se especifique el diagnóstico y naturaleza de la enfermedad, así como, en su caso, el centro asistencial, fecha de ingreso, duración probable del tratamiento y tipo de éste.

C.3. El Asegurado deberá, además, seguir fielmente todas las prescripciones del médico encargado de la curación y deberá dar a SANITAS toda clase de informaciones sobre las circunstancias o consecuencias del siniestro.

C.4. El Tomador del Seguro o el Asegurado o sus familiares deberán permitir que médicos designados por SANITAS visiten al Asegurado tantas veces como SANITAS lo estime oportuno, así como cualquier averiguación o comprobación que SANITAS considere necesaria sobre su estado de salud.

C.5. En caso de hospitalización, una vez finalizada ésta, el Tomador del Seguro o el Asegurado comunicará tal circunstancia a SANITAS con indicación del periodo de duración del internamiento.

C.6. El Tomador del Seguro o, en su caso, el Asegurado deberá presentar a SANITAS la siguiente documentación:

- Solicitud de reembolso, debidamente cumplimentada.
- Justificantes o facturas de los gastos realmente incurridos por el Asegurado, debidamente desglosados, por cada uno de los conceptos incluidos en las facturas en donde se reflejen:

  a) La persona a la que se ha realizado la asistencia médica y/u hospitalaria.

  b) La naturaleza de los actos médicos realizados (consulta, pruebas diagnósticas, métodos terapéuticos, intervenciones quirúrgicas, etc.) y sus fechas e importes.

  c) Identificación de la persona física o jurídica que ha prestado la asistencia (médico, ATS o DUE, clínica u hospital, etc.), haciéndose constar, en su caso, los apellidos, nombre o razón social, domicilio, número de colegiado y número de identificación fiscal (N.I.F).
- Justificación o acreditación del pago de las facturas por parte del Asegurado.
- Prescripciones médicas de los servicios médicos y/u hospitalarios recibidos por el Asegurado, excepto en el caso de consultas y servicios de podología, respecto de los cuales no será necesaria la presentación de tales prescripciones.
- Informe médico explicativo de los servicios médicos y/u hospitalarios prestados al Asegurado, del proceso de la enfermedad y

su evolución, así como el informe de alta médica u hospitalaria, con indicación, en su caso, de la necesidad de continuidad asistencial.

El incumplimiento de las normas establecidas en los cinco apartados anteriores será considerado como renuncia expresa al cobro del reembolso, salvo que no haya sido posible cumplirlas por causas de Fuerza Mayor.

El Tomador o el Asegurado conservarán los originales de los documentos indicados en este apartado durante el plazo de cinco años contados desde la fecha de pago por SANITAS del reembolso solicitado y los pondrá a disposición de ésta cuando se los requiera a efectos de facilitar el cumplimiento de sus obligaciones.

D) Abono de las cantidades objeto de reembolso:

El Tomador o el Asegurado deberán solicitar el reembolso de los gastos médicos y/u hospitalarios que le correspondan en virtud de la presente póliza en el plazo de 90 días desde la fecha en la que haya recibido la asistencia sanitaria correspondiente.

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

En el caso de que la asistencia médica y/u hospitalaria se lleve a cabo en el extranjero, la valoración de los gastos o de la cantidad a rembolsar por SANITAS se realizará en euros al cambio oficial comprador del mercado de divisas que, en la fecha de abono por el Tomador del Seguro o Asegurado de la factura de gastos médicos y/u hospitalarios de cuyo reembolso se trate, tuviere la moneda en que dicho Tomador del Seguro o Asegurado hubiere efectuado el pago por la asistencia recibida. Los gastos derivados de la traducción al idioma español de los oportunos documentos (facturas, informes, etc.) redactados en otras lenguas, correrán a cargo del Asegurado.

3. Videoconsulta

El Asegurado podrá acceder a determinados facultativos y especialidades del cuadro médico concertado para recibir una atención médica personalizada mediante técnicas de comunicación a distancia (videoconsulta).

3.1. Descripción:

- El servicio será prestado por especialistas médicos seleccionados por SANITAS dentro del Cuadro Médico concertado de SANITAS.
- SANITAS informará en cada momento en www.sanitas.es de las especialidades y profesionales a los que se podrá acceder a través de esta modalidad de consulta médica a distancia.
- Este servicio se prestará siempre a través de cita previa y no es válido para la atención de urgencias, que serán atendidas en los centros concertados por SANITAS para la debida atención de las mismas.
- Sujeto a disponibilidad de agendas en cada especialidad y horarios de atención del especialista médico. Estos horarios podrán ser consultados por el Asegurado en Mi Sanitas.
- Servicio acompañado de la funcionalidad de mensajería online, durante la videoconsulta y de forma posterior en caso de que el médico lo considere oportuno.
- Durante la videoconsulta se puede realizar intercambio de documentación médica que podrá ser archivada en la Carpeta de Salud de Mi Sanitas en www.sanitas.es.
- SANITAS ha adoptado los medios técnicos legalmente exigidos para garantizar la debida confidencialidad de la información intercambiada mediante esta modalidad.
- Con la finalidad de garantizar dicha confidencialidad se prohíbe la grabación o fijación en cualquier soporte de la captación de imágenes y sonido de la

videoconsulta. Queda igualmente prohibido copiar, reproducir, distribuir, difundir, poner a disposición de terceros o de cualquier otra forma comunicar públicamente, transformar o modificar, total o parcialmente y por cualquier medio ya sea electrónico o cualquier otro, la imagen o sonido obtenidos o producidos durante dicha consulta sin consentimiento expreso y escrito del propio facultativo interviniente o de Sanitas S.A. de Hospitales. No obstante lo anterior, el facultativo podrá conservar copia de la videoconsulta a los efectos de conservarla con la documentación clínica.

- El servicio será prestado exclusivamente a aquellos Asegurados que figuren expresamente dados de alta como tales en la póliza. Cada Asegurado deberá solicitar una cita para recibir el servicio. La videoconsulta deberá de ser individual para cada Asegurado.

- Si el Asegurado es menor de 18 años la videoconsulta únicamente se realizará previa autorización del representante legal del menor.

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

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

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

3.2. Procedimiento:

- El Asegurado solicitará cita en este servicio a través de Mi Sanitas en www.sanitas.es o a través de la App móvil.

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

Cláusula VI: Otros aspectos del seguro

1. Bases y pérdida de derechos del contrato

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. Duración del seguro

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

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

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

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 la comunicación de SANITAS relativa a la **variación de la prima para la siguiente anualidad, podrá optar entre aceptar la prórroga del Contrato de Seguro por el importe de prima propuesto por el Asegurador o la extinción del mismo al vencimiento del periodo del Seguro en curso, debiendo en este último caso comunicar por escrito a SANITAS, con al menos un mes de antelación a dicha fecha de vencimiento, su voluntad de darlo por terminado.**

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 en el parto se realiza con cargo al Seguro de SANITAS de

la que aquella fuese asegurada, los hijos recién nacidos podrán ser incluidos en la póliza con todos sus derechos desde la fecha del nacimiento o cuando el alta del padre como asegurado en la póliza haya tomado efecto con al menos 240 días de antelación al parto. Para ello, el Tomador deberá comunicar a SANITAS tal circunstancia dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha de nacimiento, mediante la cumplimentación de una Solicitud de Seguro.

En 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 firmado facilitando el DNI o documento que acredite la identidad del reclamante, a la **calle Ribera del Loira Nº 52 (28042 Madrid) o al fax 91 585 24 68 o a la dirección de correo electrónico reclamaciones@sanitas.es,** quien acusará recibo por escrito y resolverá igualmente **mediante escrito motivado en el plazo máximo legal de dos meses** desde la fecha de presentación de la reclamación, siempre que la misma reúna los requisitos exigidos, conforme la Orden ECO/734/2004, de 11 de marzo, sobre los departamentos y servicios de atención al cliente de las entidades financieras y el Reglamento por la Defensa del Cliente que encuentran a su disposición en las oficinas.

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

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

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

6.2. Las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro prescribirán en el término

de cinco años (artículo 23 de la ley de Contrato de Seguro).

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 20 de diciembre de 2017

Por el Asegurado / Tomador del seguro

Por SANITAS

Iñaki Peralta
Sanitas, S.A. de Seguros