

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.....	7
Glosario de términos.....	8
Cláusula I: Objeto del seguro.....	13
Cláusula II: Coberturas.....	13
COBERTURAS PRINCIPALES DE LA PÓLIZA.....	13
1. Asistencia primaria.....	13
1.1. Medicina Familiar.....	13
1.2. Pediatría y Puericultura.....	13
1.3. Servicio de Enfermería.....	13
2. Urgencias.....	14
Sanitas 24 horas.....	14
3. Especialidades médicas.....	14
3.1. Alergología.....	14
3.2. Análisis Clínicos.....	14
3.2.1. Estudios Genéticos.....	14
3.3. Anatomía Patológica.....	14
3.4. Anestesiología.....	15
3.5. Angiología y Cirugía Vascolar.....	15
3.6. Aparato Digestivo.....	15
3.7. Cardiología.....	15
3.8. Cirugía Cardiovascular.....	15
3.9. Cirugía General y del Aparato Digestivo.....	15
3.10. Cirugía Maxilofacial.....	15
3.11. Cirugía Ortopédica y Traumatológica.....	15
3.12. Cirugía Pediátrica.....	15
3.13. Cirugía Reparadora.....	15
3.14. Cirugía Torácica.....	15
3.15. Dermatología.....	15
3.16. Endocrinología.....	15



3.17. Geriatría.....	15
3.18. Hematología y Hemoterapia.....	16
3.19. Medicina Interna.....	16
3.20. Medicina Nuclear.....	16
3.21. Nefrología.....	16
3.22. Neumología.....	16
3.23. Neurocirugía.....	17
3.24. Neurofisiología Clínica.....	17
3.25. Neurología.....	17
3.26. Obstetricia y Ginecología.....	17
3.26.1. Cirugía de la Mama.....	17
3.26.2. Asistencia de Neonatología.....	18
3.26.3. Asistencia al recién nacido.....	18
3.27. Oftalmología.....	18
3.28. Oncología Médica.....	18
3.29. Otorrinolaringología.....	18
3.30. Psiquiatría.....	18
3.31. Radiodiagnóstico-Diagnóstico por Imagen.....	18
3.32. Radioterapia.....	19
3.33. Rehabilitación.....	19
3.34. Reumatología.....	19
3.35. Urología.....	19
4. Otros servicios asistenciales.....	20
4.1. Ambulancia.....	20
4.2. Atención Especial en Domicilio.....	20
4.3. Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matronas).....	20
4.4. Fisioterapia.....	20
4.5. Logopedia y foniatría.....	21
4.6. Nutrición.....	21
4.7. Odontostomatología.....	21
4.8. Podología (exclusivamente Quiropodia).....	21
4.9. Prótesis.....	21
4.10. Programa Materno Infantil.....	22
4.11. Psicología.....	22
4.12. Terapias respiratorias domiciliarias.....	22
5. Asistencia hospitalaria.....	23
6. Medicina preventiva.....	23
COBERTURAS ADICIONALES DE LA PÓLIZA.....	24
Cobertura de asistencia de urgencias en el extranjero.....	25

Cobertura segunda opinión médica.....	27
COBERTURAS COMPLEMENTARIAS DE LA PÓLIZA.....	29
Cobertura de accidentes.....	30
Cobertura de accidentes de tráfico y laborales.....	39
Cobertura de farmacia.....	39
Cobertura de incapacidad temporal.....	40
Cobertura de medicina alternativa.....	44
Cobertura de óptica.....	45
Cobertura de reembolso.....	45
Cobertura de reembolso de consultas de pediatría, ginecología y obstetricia.....	48
Cobertura de renta.....	48
Cobertura digital.....	51
Cobertura digital Blua Premium.....	57
Cobertura digital bluaU Mente Sana.....	64
Cobertura en Estados Unidos.....	69
Cobertura programa de nutrición.....	70
Sanitas Dental.....	71
Cláusula III: Coberturas excluidas.....	72
Cláusula IV: Periodos de carencia.....	76
Cláusula V: Forma de prestar los servicios.....	77
Cláusula VI: Otros aspectos del seguro.....	79
1. Bases y pérdida de derechos del contrato.....	79
2. Duración del seguro.....	79
3. Primas del seguro.....	80
4. Altas de recién nacidos.....	81
5. Aportación de informes.....	82
6. Reclamaciones.....	82
7. Otros aspectos legales a tener en cuenta.....	82
8. Cláusula de protección de datos.....	83

9. Otros.....	88
10. Jurisdicción.....	89

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 Multi** 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 RÉGIMEN 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, diagnóstico, quirúrgico o terapéutico del mismo.

ASISTENCIA SANITARIA EN RÉGIMEN DE HOSPITAL DE DÍA

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 día, 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 AMBULATORIA / EN RÉGIMEN 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 ambulatorio, éste se realiza en consulta, sobre tejidos superficiales y precisa generalmente anestesia local.

ASISTENCIA POR MOTIVOS DE TIPO SOCIAL

El ingreso médico 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 al 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.

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.

Los centros, servicios y establecimientos, de cualquier titularidad, autorizados por las administraciones sanitarias de las comunidades autónomas y ciudades con Estatuto de Autonomía aparecen recogidos en el **Registro General de centros, servicios y establecimientos sanitarios**, del Ministerio de Sanidad. En caso de centros, servicios y establecimientos, de cualquier titularidad fuera del territorio nacional deben aparecer acreditados como establecimiento sanitario según la legislación de cada país.

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 cardíacos, 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 y/o para la interpretación de los resultados por su complejidad. 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: TAC, resonancia, neurofisiología, medicina nuclear, genética, biología molecular, endoscopia, hemodinamia, radiología intervencionista, 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.

una función, miembro, órgano del cuerpo de la misma.

SERVICIOS A DOMICILIO

Visita en el domicilio del Asegurado y a solicitud del Asegurado por parte de médico de familia, pediatra/puericultor o enfermero, en aquellos casos en que el Asegurado se encuentre, por razón de su enfermedad, incapacitado para trasladarse al consultorio, siempre que SANITAS tenga concertada la prestación de este servicio en dicho lugar.

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 enfermero.

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 / EMERGENCIA MÉDICA

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

Cláusula I: Objeto del seguro

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

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

Cláusula II: Coberturas

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 o, siendo anteriores y conocidas por el Asegurado, hayan sido declaradas por éste a la Aseguradora sin que la Aseguradora haya excluido las mismas en el momento de la contratación de la póliza.

COBERTURAS PRINCIPALES DE LA PÓLIZA

La acreditación de los actos y servicios correspondientes a una especialidad médica, es decir los servicios que puede realizar un

profesional sanitario de dicha especialidad, está basada en la Clasificación Terminológica y Codificación de Actos y Técnicas Médicas (Nomenclátor) de la Organización Médica Colegial de España.

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 que estén concertados con SANITAS e indicados en la Guía Orientadora de Médicos y Servicios correspondiente a este producto.

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. Queda excluido el diagnóstico molecular de la alergia (microarrays).**

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. **Requiere autorización previa de SANITAS tras valoración de informe médico.**

Incluye el estudio de los genes BRCA 1 y BRCA 2 en sangre periférica 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 HLA DQ2/DQ8, 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, HER2, EGFR, C-KIT, ROS-1, PDL-1, Inestabilidad de Microsatélites en cáncer de colon, BRCA1 y BRCA2 somático en cáncer de ovario previas a la administración de determinados fármacos, siempre que en la ficha técnica de dicho fármaco establecida por la Agencia Española de Medicamentos y

Productos Sanitarios, se exija su determinación. Estos criterios se aplican igualmente en la especialidad de estudios genéticos.

3.4. Anestesiología

3.5. Angiología y Cirugía Vascolar

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.**

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 polipectomía 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

Incluye la realización de Resonancia cardiaca y resonancia cardiaca de estrés así como el medicamento necesario para la realización de esta prueba.

Queda excluido el hólter implantable subcutáneo.

3.8. Cirugía Cardiovascular

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

3.9. Cirugía General y del Aparato Digestivo

Incluye la cirugía por vía laparoscópica.

La cobertura de cirugía bariátrica para el tratamiento de la obesidad mórbida está **supeditada al protocolo multidisciplinar establecido por SANITAS y se realizará únicamente en los centros concertados para tal fin.**

Queda excluida la cirugía metabólica en diabetes y cualquier tipo de abdominoplastia o cirugía de componente estético.

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 Odontología, así como tratamientos estéticos y/o que tengan finalidad funcional del área bucodental del paciente, entre otros las cirugías ortognáticas, preimplantológicas y preprotésicas.

3.11. Cirugía Ortopédica y 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

Quedan excluidas las cirugías con componente estético como la realización de rinoseptoplastia y cirugía para diástasis de recto.

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 irreseccable, en la detección de focos activos del parásito durante el tratamiento médico y tras la suspensión del tratamiento.

Incluye la realización de PET RM **exclusivamente para procesos oncológicos.**

Requiere autorización previa de SANITAS tras valoración de informe médico.

Queda excluido cualquier radiotrazador que no sea 18FDG.

3.21. Nefrología

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

3.22. Neumología

Incluye la ecobroncoscopia en las siguientes indicaciones:

- TBNA (aspiración con aguja transbronquial guiada por ultrasonido endobronquial) negativa
- la estadificación de un mediastino radiológicamente normal en cáncer de pulmón sospechado o confirmado

- la re-estadificación tras quimioterapia de inducción
- el diagnóstico de masas mediastinales, hiliares peribronquiales, paratraqueales o intrapulmonares

Requiere autorización previa de SANITAS tras valoración de informe médico.

3.23. Neurocirugía

Incluye exclusivamente la cirugía con asistencia de neuronavegación quirúrgica para los procesos intracraneales, y la monitorización electrofisiológica intraoperatoria para procesos intracraneales y para cirugía de columna.

3.24. Neurofisiología Clínica

3.25. Neurología

3.26. Obstetricia y Ginecología

Incluye las intervenciones ginecológicas por vía laparoscópica.

Incluye para el diagnóstico de la infertilidad y esterilidad **exclusivamente las siguientes pruebas: determinaciones analíticas hormonales basales, ecografía, histerosalpingografía e histeroscopia.**

Incluye también planificación familiar: ligadura de trompas, implantación del DIU (**siendo el dispositivo por cuenta del Asegurado** independientemente de la finalidad terapéutica del mismo) 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.**

Incluye el estudio del DNA circulante en plasma materno (test de cribado prenatal no invasivo) para el cribado de trisomías fetales (13, 18, 21 y cromosomas sexuales) cuando el índice de riesgo del cribado combinado del primer trimestre esté entre 1/50 y 1/250 y la gestante se encuentre entre la 10ª y 18ª semana de gestación. **Requiere autorización previa de SANITAS tras valoración de informe médico.**

La Asegurada podrá acceder al plan de recuperación del suelo pélvico a través del programa telefónico (917 522 904), proporcionado exclusivamente por nuestra plataforma telefónica especializada Sanitas Responde, formada por un equipo multidisciplinar, para recuperar el tono muscular apropiado y prevenir o tratar disfunciones o patologías secundarias.

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.

Las técnicas de reconstrucción contempladas en la cobertura son exclusivamente: **reconstrucción mamaria con expansores y prótesis, reconstrucción con colgajo músculo-cutáneo de dorsal ancho, reconstrucción DIEP y reconstrucción TRAM.**

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.

Queda excluido el coste de los implantes cocleares así como todas las consultas y pruebas diagnósticas pre y postquirúrgicas para el ajuste del dispositivo. Se excluye cualquier rinoplastia excepto la secundaria a traumatismo o cirugía previa no estética, que siempre deberá ser realizada previa valoración por informe médico, por un médico de esta especialidad.

3.30. Psiquiatría

El ingreso psiquiátrico sólo se cubre en régimen de ingreso (es decir con pernocta) 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 cardíaca 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 en los siguientes casos:
 - PSA 4-10 (zona gris) con un ratio (libre/total) inferior a 0,13. Procedería si persiste la elevación tras 3 meses de seguimiento/tratamiento.
 - PSA>10 y/o ratio superior a 0,13. Implica RNM Multiparamétrica.
- Monitorización terapéutica

Requiere autorización previa de SANITAS tras valoración de informe médico.

Incluye la Biopsia por fusión de próstata ante sospecha de riesgo clínico una RNM multiparamétrica previa positiva con biopsia previa convencional negativa, como máximo 1 año antes de la solicitud de esta prueba, y

persista la sospecha fundada de cáncer de próstata (persistencia de elevación del PSA).

Requiere autorización previa de SANITAS tras valoración de informe médico.

Incluye la fotovaporización y enucleación de próstata con láser.

Incluye la litotricia endoureteral y vesical con láser.

Queda excluida la crioterapia prostática, electroporación irreversible y otras técnicas focales.

Incluye para el diagnóstico de infertilidad y esterilidad **exclusivamente las siguientes pruebas: determinaciones hormonales basales, seminograma básico y cultivos bacteriológicos de semen.**

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 médica 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, **siempre que SANITAS tenga concertada la prestación de este servicio en dicho lugar**, 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. No comprende la asistencia a problemas de tipo social.**

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 con un límite de 5 sesiones por articulación/año.**

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 inmediata tras un infarto agudo de miocardio y tras la cirugía con circulación extracorpórea.**

También incluye el drenaje linfático tras cirugía por proceso oncológico. **Requiere autorización previa de SANITAS tras valoración de informe médico.**

Queda excluida la rehabilitación de origen neurológico, la atención temprana, la terapia ocupacional, rehabilitación del suelo pélvico, rehabilitación cardíaca en régimen ambulatorio, rehabilitación respiratoria, rehabilitación de la articulación temporomandibular, la rehabilitación vestibular, rehabilitación oftalmológica o aquellas que usen equipamiento robótico.

Requiere autorización previa de SANITAS tras valoración de informe médico.

4.5. Logopedia y foniatría

Requiere siempre autorización previa de SANITAS tras valoración de informe médico y debe estar prescrita por un especialista en ORL (en caso de procesos orgánicos de laringe y cuerdas vocales) o un neurólogo (en caso de accidente cerebrovascular agudo).

Se cubren hasta **un máximo de 80 sesiones al año por asegurado.**

Está cubierta exclusivamente:

– **En relación con procesos orgánicos referidos a laringe y cuerdas vocales:**

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 (disminución 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

- a) Defectos del habla

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. Odontostomatología

Comprende exclusivamente consultas, curas, extracciones, y limpiezas de boca.

4.8. Podología (exclusivamente Quiropodia)

Limitado a 12 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; la endoprótesis de aorta en situaciones de urgencia vital, que requerirá autorización expresa de SANITAS tras valoración de informe médico; válvulas cardíacas, **con exclusión de las implantadas por vía percutánea o transapical;** y los conductos valvulados aórticos siempre que estén asociados a una cirugía valvular aórtica; marcapasos **con exclusión de cualquier tipo de desfibrilador y de corazón artificial;** coils y/o material de embolización.

4. Quimioterapia o Tratamiento del Dolor: reservorios.

5. Otros materiales quirúrgicos: mallas abdominales, **excepto las mallas biológicas;** stent biliar; endoprótesis esofágica, duodenal y colónica; 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 BRCA1 y BRCA2.

6. Materiales de fijación ósea en cirugías craneales y/o maxilofaciales. Incluye sustitutos óseos exclusivamente para rellenos óseos tras cirugía tumoral.

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 oxígeno portátil.

b) Generación de presión positiva en la vía aérea con CPAP para tratamiento del Síndrome 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 metabopatías 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.

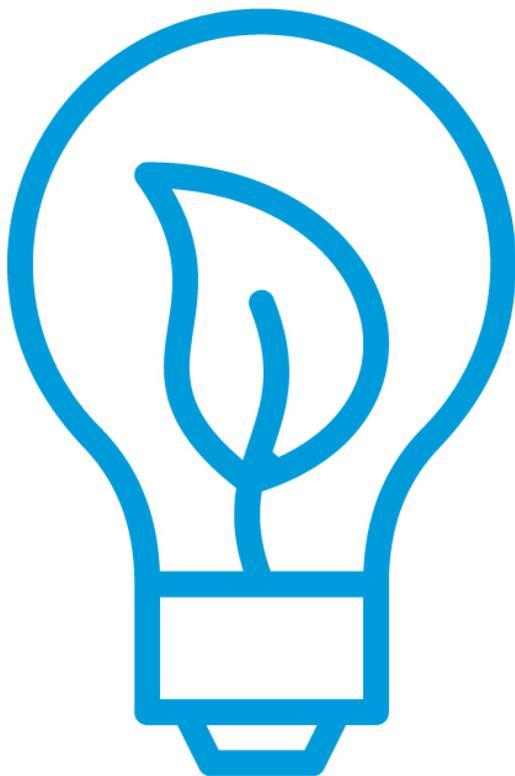
6.4. Neumología: Incluye consulta con especialista y exploración física, así como pruebas diagnósticas básicas (por ejemplo: radiografía de tórax).

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.

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)
- medicamentos recetados por un médico
- gastos odontológicos considerados de urgencia **hasta un máximo de 241€ por asegurado, quedando excluido los gastos correspondientes a: endodoncias, reconstrucciones estéticas de tratamientos anteriores, limpieza bucal, prótesis, fundas e implantes**
- Gastos de hospitalización
- Gastos de ambulancia ordenada por un médico para un trayecto local

Todos estos gastos deben ser originados fuera del territorio español y prestados a través de los centros designados por SANITAS.

Límites

10.000€ por persona y siniestro.

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 de 10 kilogramos.

10. Adelanto de fondos

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

11. Asistencia jurídica

Si el Asegurado es encarcelado o procesado como consecuencia de un accidente de circulación ocurrido, **SANITAS abonará hasta un máximo de 1.500 euros** para el pago de los honorarios de abogado y procurador, surgidos como consecuencia de asistencia jurídica derivada. Si esta prestación estuviera cubierta por la Póliza de Seguros del vehículo, la misma tendrá la consideración de anticipo y SANITAS se reservaría el derecho a solicitar aval o garantía del Asegurado que asegure el cobro del anticipo.

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

Si el Asegurado es procesado o encarcelado en el país que ocurra, SANITAS le concederá un anticipo equivalente al importe de la fianza penal exigida por las autoridades locales **hasta un máximo de 10.000 €**. SANITAS se reserva el derecho a solicitar aval o garantía del Asegurado que garantice el cobro del anticipo. En cualquier caso las cantidades anticipadas deberán ser reintegradas a SANITAS en el plazo máximo de dos meses.

13. Envío de medicamentos

¿Qué incluye?

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

¿Qué no incluye?

Quedan excluidos los casos de abandono de la fabricación del medicamento y su no disponibilidad en los canales habituales de distribución en España. El Asegurado tendrá que reembolsar 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 transmitirá mensajes urgentes de los Asegurados, siempre que estos no dispongan de otros medios para hacerlos llegar a su destino y siempre que éstos sean consecuencia de una garantía cubierta por el contrato.

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 terapéuticas, 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.

COBERTURAS COMPLEMENTARIAS DE LA PÓLIZA



Las coberturas complementarias indicadas a continuación únicamente serán prestadas a aquellos asegurados de la presente póliza que las contraten específicamente y siempre que así conste reflejado en la documentación de la póliza que se envíe a cada asegurado y donde constan las garantías complementarias suscritas en su caso por cada uno de ellos.

Cobertura de accidentes

1. OBJETO DE LA COBERTURA

Dentro de los límites y condiciones estipuladas en la Póliza, y previo pago por el Tomador del seguro de la prima correspondiente, SANITAS cubre el pago de las indemnizaciones que se indican en esta póliza, como una compensación de los daños corporales provenientes de accidentes que puedan ocurrirle al Asegurado en el desempeño de la profesión u oficio que se indica en la póliza o en el desarrollo de cualquier otra actividad de la vida ordinaria que no tenga carácter profesional. Se considera accidente la lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado que produce muerte o invalidez permanente y da lugar al pago de las garantías de la Póliza. También se consideran accidentes las lesiones producidas practicando cualquier deporte como aficionado salvo las expresamente excluidas en esta póliza.

SANITAS garantiza el pago del correspondiente capital, siempre que dicha Cobertura Complementaria se hubiese contratado y así conste expresamente indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

2. RIESGOS CUBIERTOS

a) Fallecimiento por Accidente del Asegurado:

Se entiende por fallecimiento por accidente del Asegurado, el producido por toda lesión corporal debida a la acción directa de un acontecimiento exterior, súbito y violento, ajeno a la voluntad del Asegurado que se

encuentre cubierto por la Póliza y que cause su fallecimiento dentro de los dos años siguientes a la fecha en que aquel sufrió tal lesión, siempre y cuando ésta se haya producido durante la vigencia del presente seguro y el Beneficiario pruebe frente a SANITAS que el fallecimiento del Asegurado es consecuencia directa del accidente sufrido por el mismo.

b) Incapacidad permanente:

Si como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza se produjera la invalidez del Asegurado, inmediatamente o dentro del plazo de un año desde la fecha de su ocurrencia, SANITAS abonará al Asegurado la indemnización especificada en las presentes condiciones, en función del grado de dicha invalidez.

Se hace expresamente constar que los grados de incapacidad permanente que quedan incluidos en las garantías son los que se indican a continuación:

- Incapacidad permanente total, entendiéndose por tal, la situación por la que el Asegurado quede incapacitado por completo para realizar cualquier profesión u oficio remunerados, como consecuencia de un accidente.
- Incapacidad permanente parcial, cuando la incapacidad, aun siendo permanente no alcance el grado de total para cualquier profesión u oficio devendrá en una incapacidad permanente parcial y en este caso la compañía abonará los porcentajes indicados en el baremo establecido en la cláusula indicada a continuación de Garantías y Capital Asegurado

Esta cobertura complementaria no podrá contratarse separadamente del seguro principal de enfermedad.

3. RIESGOS EXCLUIDOS

Se excluyen de las coberturas de la presente Cobertura Complementaria, además de los riesgos excluidos del Condicionado General de la póliza, los siguientes accidentes:

3.1. Ocurridos en actos notoriamente peligrosos o criminales cometidos por el Asegurado, incluido el suicidio intentado, frustrado o consumado, así como su participación en apuestas, desafíos o riñas, salvo en los casos probados de legítima defensa y tentativa de salvamento de personas o bienes.

3.2. Como consecuencia de guerras civiles, internacionales o coloniales, invasiones, insurrecciones, rebeliones, actos de carácter terrorista en cualquiera de sus formas (química, biológica, nuclear, etc.), revoluciones, motines, alzamientos, represiones y maniobras militares, aún en tiempo de paz, y epidemias declaradas oficialmente.

3.3. Ocurridos practicando boxeo, rugby, toreo y encierro de reses bravas, artes marciales, en pruebas de velocidad o resistencia con vehículos a motor, incluso entrenamientos, esgrima, otros deportes notoriamente peligrosos y los sufridos en la práctica como profesional de cualquier deporte.

3.4. Ocurridos en estado de sonambulismo, embriaguez manifiesta (alcohólica o tóxica), de enajenación mental o por drogadicción. Se estará a lo dispuesto en la vigente Ley de Seguridad Vial para considerar el estado de embriaguez.

3.5. Sobrevenidos a consecuencia de embarazo o parto.

3.6. Ocurridos debido a insolaciones, congelaciones, quemaduras y otros efectos de la temperatura atmosférica, salvo que sean consecuencia de un accidente.

3.7. Sufridos como miembros de tripulaciones aéreas, o como pasajero de helicópteros o avionetas de menos de dos motores.

3.8. Ocurridos en regiones inexploradas y/o viajes que tengan carácter de exploración.

3.9. Los provocados intencionadamente por el Asegurado, así como las autolesiones.

3.10. Las intoxicaciones, envenenamientos y reacciones por hipersensibilidad debidas a ingestión de productos alimenticios o fármacos, y las infecciones de carácter general, como la malaria, el tífus exantemático, la enfermedad del sueño, la fiebre amarilla y similares.

3.11. Las enfermedades de cualquier clase o naturaleza, así como las lesiones y otras secuelas debidas a intervenciones quirúrgicas o tratamientos médicos no motivados por un accidente cubierto por la Póliza.

3.12. Las lesiones corporales o complicaciones relacionadas con una enfermedad o estado morbozo (síncope, pérdida de conciencia o similares) y las hernias de cualquier clase o naturaleza así como sus agravamientos, sean o no de origen traumático.

3.13. El rescate de personas en montaña, mar o desierto. En ningún caso SANITAS sustituirá a los órganos de socorro de urgencia ni se hará cargo del costo de estos servicios.

3.14. Aquellos cuya cobertura corresponde al Consorcio de Compensación de Seguros conforme se detalla en la Cláusula de Riesgos Extraordinarios. No quedarán amparados, salvo que expresamente se estipule lo contrario en las Condiciones Particulares correspondientes a esta garantía y se abone la sobreprima correspondiente la:

a) Intervención en corrientes eléctricas de alta tensión.

b) Y la práctica como aficionado de:

- **Conducción de ciclomotores o motocicletas.**
- **Conducción de embarcaciones a vela o a motor en alta mar.**
- **Hípica, polo, esquí, alpinismo y espeleología.**
- **Caza mayor.**
- **Inmersión submarina.**

4. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO

El Tomador del seguro podrá designar beneficiario o modificar la designación anteriormente realizada, sin necesidad del consentimiento de SANITAS.

La designación del beneficiario podrá hacerse en la Póliza, en una posterior declaración escrita comunicada a SANITAS o en testamento.

En caso de fallecimiento, a falta de designación expresa por parte del Asegurado mediante comunicación escrita dirigida a SANITAS, se consideran beneficiarios de esta garantía por orden preferente y excluyente, las siguientes personas:

- Cónyuge e hijos del Asegurado por partes iguales.
- Padres del Asegurado por partes iguales.
- Hermanos del Asegurado por partes iguales.
- Herederos legales.

En caso de invalidez la suma asegurada será entregada al propio Asegurado.

5. PERSONAS NO ASEGURABLES EN ESTA COBERTURA

No podrán figurar como Asegurados las personas menores de 14 años, según lo establecido en el artículo 83 de la Ley de Contrato de Seguro. Asimismo, no podrán contratar esta garantía:

5.1. Las personas mayores de 65 años.

5.2. Los afectados de demencia, enajenación mental, ceguera o fuerte miopía (más de 10

dioptrías en un ojo), sordera, parálisis, secuelas de lesiones neurológicas, epilepsia, diabetes, alcoholismo, toxicomanía, SIDA y/o VIH positivo, enfermedades de médula espinal, sífilis, encefalitis letárgica, y en general, de cualquier lesión, enfermedad o minusvalía física o psíquica que, a juicio de SANITAS, disminuya su capacidad en comparación con una persona físicamente íntegra y de salud normal.

De presentarse cualquiera de estas enfermedades, la presente garantía se considera extinguida desde ese momento, restituyéndose por SANITAS la parte de prima no devengada a partir de la fecha en que reciba la notificación de tal estado.

6. GARANTÍAS Y CAPITAL ASEGURADO

6.1. Fallecimiento:

El importe de la indemnización será el capital Asegurado indicado en las Condiciones Particulares.

Los pagos que SANITAS pudiera haber hecho en concepto de invalidez permanente como consecuencia del accidente que ocasione la muerte del Asegurado, se deducirán de la indemnización debida en caso de fallecimiento.

6.2. Incapacidad permanente total:

El importe de la indemnización será el capital Asegurado indicado en las Condiciones Particulares, para estos supuestos:

- Pérdida o inutilización de ambos brazos o ambas manos; de un brazo y una pierna; de un brazo y un pie; de ambas piernas o de ambos pies.
- Enajenación mental incurable que inhabilite para la realización de un trabajo remunerado.
- Parálisis completa, incurable y permanente (tetraplejía).

- Ceguera absoluta, incurable y permanente.

6.3. Incapacidad permanente parcial:

El importe de la indemnización será el resultante de aplicar sobre el Capital Asegurado indicado en las Condiciones Particulares, los siguientes porcentajes:

	Derecho	Izquierdo
Ablación de la mandíbula inferior	30%	30%
Acortamiento por lo menos de 5 cm de un miembro inferior	15%	15%
Amputación de 4 falanges de una mano	10%	10%
Amputación parcial de un pie comprendiendo todos los dedos	40%	40%
Fractura no consolidada de una pierna o un pie	25%	25%
Fractura no consolidada de mandíbula inferior	16,66%	16,66%
Fractura no consolidada de una rótula	20%	20%
Impotencia funcional absoluta de una rodilla	16,66%	16,66%
Impotencia funcional absoluta del codo	16,66%	16,66%
Impotencia funcional absoluta del empeine del pie y del tobillo	16,66%	16,66%
Pérdida completa de los movimientos de las articulaciones del hombro	25%	20%

Pérdida completa de los movimientos de la muñeca	20%	15%
Pérdida de una pierna o un pie	50%	50%
Pérdida del dedo índice y otro que no sea el pulgar mano	25%	20%
Pérdida del dedo medio, anular o meñique mano	10%	8%
Pérdida del dedo medio, anular o meñique (dos dedos) mano	15%	12%
Pérdida del dedo pulgar y otro que no sea el índice mano	30%	25%
Pérdida total del brazo o de la mano	60%	50%
Pérdida total del dedo pulgar	22%	18%
Pérdida total del dedo índice	15%	12%
Pérdida total del pulgar y el índice mano	30%	25%
Pérdida total de tres dedos, comprendiendo el pulgar o índice mano	30%	25%
Pérdida total de tres dedos que no sean el pulgar o índice mano	25%	20%
Pérdida total de otro dedo de un pie	5%	5%
Pérdida total de un ojo o reducción a la mitad de la visión	30%	30%

Pérdida total del movimiento de una cadera o de una rodilla	20%	20%
Pérdida total del movimiento del codo derecho	20%	15%
Rigidez completa de la columna vertebral	40%	40%
Sordera completa de los dos oídos	60%	60%
Sordera completa de un oído	15%	15%

Si el Asegurado es zurdo, lo que se deberá declarar convenientemente en la solicitud de seguro, el porcentaje previsto para el miembro superior derecho se aplicará al miembro superior izquierdo, e inversamente.

Para las lesiones no previstas, el grado de incapacidad se determina por analogía con los porcentajes señalados según los dictámenes médicos con respecto a la estricta lesión física, sin consideraciones de tipo personal o profesional.

El grado de incapacidad a tomar en cuenta cuando un mismo accidente cause diversas pérdidas anatómicas o funcionales se calcula sumando los porcentajes correspondientes a cada una de las mismas sin que dicho grado pueda exceder del 100%. La suma de los porcentajes de indemnización, por varios tipos de incapacidad parcial, en un mismo miembro u órgano, no podrá ser superior al porcentaje establecido para el caso de pérdida total del mismo.

Si un órgano o miembro afectado por un accidente presentaba ya con anterioridad al mismo un defecto físico o funcional, el grado de incapacidad vendrá determinado por la diferencia entre el preexistente y el que resulte después del accidente.

La pérdida completa e irreversible de la funcionalidad de un miembro o de un órgano o la impotencia funcional absoluta del mismo, se entenderá a los efectos del seguro

equivalente a la pérdida anatómica del miembro o del órgano mismo.

7. PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN EN CASO DE SINIESTRO

7.1. Fallecimiento:

En caso de accidente el Beneficiario tiene los deberes y obligaciones siguientes:

7.1.1. Comunicar a SANITAS la ocurrencia del accidente en el plazo máximo de 7 días, las circunstancias y consecuencias del mismo. La comunicación se formulará en el impreso de declaración de siniestro establecido al efecto, acompañado de la siguiente documentación, común a todas las garantías contratadas que son objeto de estas condiciones:

a) Certificado del médico que haya asistido al Asegurado en el que se detallarán las circunstancias y causas del fallecimiento.

b) Certificado "literal" de inscripción de defunción en el Registro Civil.

c) Informe de la autopsia donde se haga constar el resultado del informe toxicológico.

d) Documentos que acrediten la personalidad, y en caso, la condición de Beneficiario (salvo que se indique expresamente en las condiciones particulares de la póliza).

e) Carta de exención del Impuesto sobre Sucesiones o de la liquidación, si procede, debidamente cumplimentada por la delegación de Hacienda.

El incumplimiento de esta obligación dará lugar a que SANITAS pueda reclamar los daños y perjuicios que se le irroguen, a no ser que concurriese dolo o culpa grave en cuyo caso se perderá el derecho a la indemnización de acuerdo con el apartado Nulidad del Contrato y pérdida de derechos.

7.1.2. Una vez recibidos de conformidad los documentos exigidos por SANITAS, éste deberá pagar el capital Asegurado en el plazo máximo de 40 días, o, al menos, el importe

mínimo de lo que SANITAS pueda deber, según las circunstancias por él conocidas.

7.1.3. No obstante lo anterior, SANITAS queda autorizado a retener aquella parte del capital Asegurado en que, de acuerdo con las circunstancias por él conocidas, se estime la deuda tributaria resultante en la liquidación del Impuesto sobre Sucesiones.

7.1.4. Si en el plazo de tres meses desde la ocurrencia del siniestro, SANITAS no hubiera reembolsado su importe por causa no justificada o que le fuera imputable, la cantidad que éste pudiera adeudar se incrementará en el tipo de interés legal del dinero vigente en el momento en que se devengue, incrementado en el 50 por 100. Estos intereses se considerarán producidos por días, sin necesidad de reclamación judicial. No obstante, transcurridos 2 años desde la producción del siniestro, el interés anual no podrá ser inferior al 20 por 100 (artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro).

7.2. Incapacidad permanente por accidente:

La determinación del grado de incapacidad se efectuará, de conformidad con el artículo 104 de la Ley de Contrato de Seguro, después de la presentación, por parte del Asegurado, del certificado médico oficial en el que se diagnostiquen las secuelas que han de ser objeto de valoración, conforme a lo previsto en la Póliza. SANITAS, si lo estima conveniente, requerirá por escrito al Asegurado para que se someta a reconocimiento de un médico designado por SANITAS y luego de practicado dicho reconocimiento, y en el plazo de 15 días, notificará por escrito al Asegurado la cuantía de la indemnización que a su juicio le corresponda. Si el Asegurado no aceptase la proposición hecha por SANITAS las partes se someterán al procedimiento de peritación previsto en el apartado Determinación de la indemnización en caso de disconformidad entre las partes.

Para percibir la indemnización el Asegurado deberá **comunicar a SANITAS la concurrencia del accidente en el plazo máximo de 7 días**, facilitándole toda clase de

información sobre las circunstancias del mismo. La comunicación deberá ir acompañada de la siguiente documentación:

a) Documentación de la seguridad social donde se especifique el grado de incapacidad.

b) Certificado médico oficial de incapacidad en el que se detallarán las circunstancias y causas de la incapacidad.

c) Documentos que acrediten la personalidad y, en su caso, la condición de Beneficiario.

d) Fecha de determinación de la Invalidez, que será la que indique la comisión de evaluación de Incapacitadores.

Complementariamente a las prestaciones que correspondan por incapacidad permanente, SANITAS toma a su cargo el importe de la primera prótesis ortopédica que necesite practicarse al Asegurado por resultados de accidente garantizado, sin que dicho importe exceda del 10% del capital base Asegurado para caso de incapacidad permanente y hasta el máximo de 601,01 euros. Si en la cobertura de su póliza de asistencia sanitaria existiese un límite económico menos restrictivo, para dicha prótesis, el límite establecido en esta Garantía Complementaria no será de aplicación.

8. ÁMBITO TERRITORIAL

Las coberturas objeto de esta garantía son válidas en todo el mundo. La presente garantía se extingue si el Asegurado traslada su residencia al extranjero o no reside un mínimo de seis meses al año en territorio nacional.

9. PERFECCIÓN Y EFECTOS DE LA GARANTÍA DE ACCIDENTES

9.1. Esta garantía se perfecciona por el consentimiento, manifestado por la suscripción de las correspondientes Condiciones Particulares o del documento provisional de cobertura por las partes contratantes. La cobertura contratada y sus modificaciones o adiciones no tomarán efecto mientras no haya sido satisfecho el primer

recibo de prima, salvo pacto en contrario en las correspondientes Condiciones Particulares.

9.2. En caso de demora en el cumplimiento de cualquiera de ambos requisitos, las obligaciones de SANITAS comenzarán a las veinticuatro horas del día en que hayan sido cumplimentados.

9.3. Las garantías que son objeto de estas Condiciones Generales entran en vigor en la hora y fecha indicadas en las correspondientes Condiciones Particulares.

10. DURACIÓN DEL SEGURO

10.1. La duración de la presente Garantía complementaria de accidentes coincidirá con la duración de la póliza de la cual forma parte.

10.2. Sin perjuicio de lo anterior aquellos Asegurados que cumplan 70 años de edad, causarán baja en esta garantía en la fecha de vencimiento de la anualidad en que haya cumplido dicha edad.

11. RESCISIÓN EN CASO DE SINIESTRO

11.1. Después de la comunicación de cada siniestro, haya dado lugar o no a pago de indemnización, las partes podrán rescindir la presente garantía. La parte que tome la decisión de rescindir, deberá notificársela a la otra por escrito dentro del plazo de 30 días desde la fecha de comunicación del siniestro, si no hubiera lugar a indemnización, o desde la liquidación si hubiere lugar a ella, debiendo efectuarse la notificación con una anticipación mínima de 15 días a la fecha en que la rescisión haya de surtir efecto.

SANITAS, conocida la existencia del siniestro, realizará la comprobación de las causas y forma de ocurrencia del mismo.

Si las partes se pusiesen de acuerdo sobre el importe y la forma de la indemnización, SANITAS pagará la suma convenida dentro del plazo convenido en el apartado

Procedimiento de actuación en caso de siniestro de estas condiciones.

Si la iniciativa de rescindir la presente garantía es del Tomador, quedarán a favor de SANITAS las primas del periodo en curso, y si fuere de SANITAS, éste deberá reintegrar al Tomador la parte de prima correspondiente al tiempo que medie entre la fecha de efecto de la rescisión y la de expiración del periodo de seguro cubierto por la prima satisfecha.

12. NULIDAD Y PÉRDIDA DE DERECHOS

Las garantías objeto de estas condiciones serán nulas, salvo en los casos previstos por la Ley, si en el momento de su conclusión no existía el riesgo o había ocurrido el siniestro. Se pierde el derecho a la indemnización.

12.1. En caso de reserva o inexactitud al cumplimentar el cuestionario, si medió dolo o culpa grave.

12.2. En caso de agravación del riesgo, si el Tomador o el Asegurado no lo comunican a SANITAS y han actuado con mala fe.

12.3. Si el siniestro sobreviene antes de que se haya pagado la primera prima, salvo pacto en contrario.

12.4. Si el Tomador o el Asegurado no facilitan a SANITAS la información sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro, y hubiera ocurrido dolo o culpa grave.

12.5. Si el Tomador o el Asegurado incumplen su deber de aminorar las consecuencias del siniestro, y lo hacen con manifiesta intención de perjudicar o engañar a SANITAS.

12.6. Cuando el siniestro haya sido causado por mala fe del Asegurado.

13. COBERTURA DE RIESGOS EXTRAORDINARIOS

Cláusula de indemnización por el Consorcio de Compensación de Seguros de las pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios en seguros de personas.

De conformidad con lo establecido en el texto refundido del Estatuto legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por el Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de octubre, y modificado por la Ley 12/2006, de 16 de mayo, el tomador del contrato de seguro de los que deben obligatoriamente incorporar recargo a favor de la citada entidad pública empresarial tiene la facultad de convenir la cobertura de los riesgos extraordinarios con cualquier entidad aseguradora que reúna las condiciones exigidas por la legislación vigente.

Las indemnizaciones derivadas de siniestros producidos por acontecimientos extraordinarios acaecidos en España, y que afecten en riesgos en ella situados, y también acaecidos en el extranjero cuando el Asegurado tenga su residencia habitual en España, serán pagadas por el Consorcio de Compensación de Seguros cuando el tomador hubiese satisfecho los correspondientes recargos a su favor y se produjera alguna de las siguientes situaciones:

- a) Que el riesgo extraordinario cubierto por el Consorcio de Compensación de Seguros no esté amparado por la póliza de seguro contratada con la entidad aseguradora.**
- b) Que, aún estando amparado por dicha póliza de seguro, las obligaciones de la entidad aseguradora no pudieran ser cumplidas por haber sido declarada judicialmente en concurso o por estar sujeta a un procedimiento de liquidación intervenida o asumida por el Consorcio de Compensación de Seguros.**

El Consorcio de Compensación de Seguros ajustará su actuación a lo dispuesto en el mencionado Estatuto legal, en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de

Seguro, en el Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, aprobado por el Real Decreto 300/2004, de 20 de febrero, y en las disposiciones complementarias.

RESUMEN DE NORMAS LEGALES

1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos

a) Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos, inundaciones extraordinarias (incluyendo los embates de mar), erupciones volcánicas, tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 120 km/h, y los tornados) y meteoritos.

b) Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.

c) Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz.

2. Riesgos excluidos

a) Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.

b) Los ocasionados en bienes asegurados por contrato de seguro distinto a aquellos que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.

c) Los debidos a vicio o defecto propio de la cosa asegurada, o a su manifiesta falta de mantenimiento.

d) Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.

e) Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 25/1964, de 29 de abril, sobre energía nuclear. No obstante lo anterior, si se considerarán incluidos todos los daños directos ocasionados en una instalación nuclear asegurada, cuando sean consecuencia de un acontecimiento

extraordinario que afecte a la propia instalación.

f) Los debidos a la mera acción del tiempo, y en el caso de bienes total o parcialmente sumergidos de forma permanente, los imputables a la mera acción del oleaje o corrientes ordinarias.

g) Los producidos en fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el artículo 1 del Reglamento de Seguro de riesgos extraordinarios, y en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que éstos fueran ocasionados manifiestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado en su zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.

h) Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, reguladora de derecho de reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios conforme al artículo 1 del Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios.

i) Los causados por mala fe del Asegurado.

j) Los derivados de siniestros cuya concurrencia haya tenido lugar en el plazo de carencia establecido el artículo 8 del Reglamento de seguros de riesgos extraordinarios.

k) Los correspondientes a siniestros producidos antes del pago de la primera prima o cuando, de conformidad con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro, la cobertura del Consorcio de

Compensación de Seguros se halle suspendida o el seguro quede extinguido por falta de pago de las primas.

l) Los indirectos o pérdidas derivadas de daños directos o indirectos, distintos de la pérdida de beneficios delimitada en el Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios. En particular, no quedan comprendidos en esta cobertura los daños o pérdidas sufridas como consecuencia de corte o alteración en el suministro exterior de energía eléctrica, gases combustibles, fuel-oil, gasoil, u otros fluidos, ni cualesquiera otros daños o pérdidas indirectas distintas de las citadas en el párrafo anterior, aunque estas alteraciones se deriven de una causa incluida en la cobertura de riesgos extraordinarios.

m) Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de <<catástrofe o calamidad nacional>>.

3. Franquicia

En el caso de daños directos (excepto automóviles y viviendas y sus comunidades), la franquicia a cargo del Asegurado será de un 7 por ciento de la cuantía de los daños indemnizables producidos por el siniestro. En el caso de la cobertura de pérdida de beneficios, la franquicia a cargo del Asegurado será la prevista en la póliza para pérdida de beneficios en siniestros ordinarios.

4. Extensión de cobertura

La cobertura de los riesgos extraordinarios alcanzará a las mismas personas y sumas aseguradas que se hayan establecido en la póliza a efectos de riesgos ordinarios. No obstante en las pólizas que cubran daños propios a los vehículos a motor, el Consorcio garantiza la totalidad del interés asegurable aunque la póliza sólo lo haga parcialmente.

PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN EN CASO DE SINIESTRO INDEMNIZABLE POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS

En caso de siniestro, el Asegurado, Tomador, beneficiario, o sus respectivos representantes legales, directamente a través de la entidad aseguradora o del mediador de seguros, deberá comunicar, dentro del plazo de siete días de haberlo conocido, la ocurrencia del siniestro, en la delegación regional del Consorcio que corresponda, según el lugar donde se produjo el siniestro. La comunicación se formulará en el modelo establecido al efecto, que está disponible en la página <<web>> del Consorcio (www.conorseguros.es), o en las oficinas de éste o de la entidad aseguradora, al que deberá adjuntarse la documentación que, según la naturaleza de las lesiones, se requiera.

Asimismo, se deberán conservar restos y vestigios del siniestro para la actuación pericial y, en caso de imposibilidad absoluta, presentar la documentación probatoria de los daños, tales como fotografías, actas notariales, vídeos o certificados oficiales. Igualmente, se conservarán las facturas correspondientes a los bienes siniestrados cuya destrucción no pudiera demorarse.

Se deberán adoptar cuantas medidas sean necesarias para aminorar los daños.

La valoración de las pérdidas derivadas de los acontecimientos extraordinarios se realizará por el Consorcio de compensación de seguros, sin que éste quede vinculado por las valoraciones que, en su caso, hubiese realizado la Entidad Aseguradora que cubriese los riesgos ordinarios.

Para aclarar cualquier duda que pudiera surgir sobre el procedimiento a seguir, el Consorcio de Compensación de Seguros dispone del siguiente teléfono de atención al asegurado: 902 222 665.

Cobertura de accidentes de tráfico y laborales

SANITAS cubrirá, en los términos y condiciones establecidos en la presente póliza, la asistencia sanitaria que precisen los asegurados de la misma, como consecuencia de accidentes de tráfico, accidentes de trabajo o enfermedad profesional, considerando como tales las así reconocidas por las Autoridades Administrativas competentes.

Queda excluida la asistencia sanitaria que exija el tratamiento por enfermedades, lesiones, malformaciones o defectos derivados de actividades deportivas de carácter profesional.

Cobertura de farmacia

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

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

1. PLAZOS DE CARENIA

Todas las coberturas entrarán en vigor una vez haya tomado efecto la misma en la fecha expresamente indicada en las correspondientes Condiciones Particulares, y transcurridos los siguientes plazos de carencia:

- **Solicitud del reembolso de los medicamentos anteriormente descritos:**
4 meses

Cobertura de incapacidad temporal

EL TOMADOR DEL PRESENTE SEGURO ES:

SANITAS, S.A. DE SEGUROS con domicilio social en 28042 MADRID, Ribera del Loira, 52, con CIF A-28037042.

LA ENTIDAD ASEGURADORA ES:

LA PREVISIÓN MALLORQUINA DE SEGUROS, S.A., con domicilio social en 08036 BARCELONA, Aribau, 168-170, entresuelo 1ª, con CIF A08169013.

ASEGURADOS Y BENEFICIARIOS

Los tomadores personas físicas que, figurando en la relación de Asegurados en la presente póliza colectiva, sean titulares de las pólizas de seguro comercialmente denominadas como Sanitas Multi, siempre que su edad se encuentre comprendida entre los 16 y 65 años en el momento de contratar como tal tomador la póliza Sanitas Multi, debiendo encontrarse de alta en la Seguridad Social, Mutualidad o institución análoga que la legislación determine.

En todo caso el asegurado causará baja a la fecha de vencimiento de la anualidad del seguro en la que haya cumplido 70 años.

SUMA ASEGURADA

Las indicadas en las condiciones particulares de esta póliza.

RIESGOS CUBIERTOS

El Asegurador queda obligado a garantizar el devengo del subsidio diario consignado en Condiciones Particulares de esta póliza por un plazo del 7º al 365º día como máximo, de acuerdo con lo regulado en la presente cobertura, cuando el Asegurado se vea afectado por una alteración de su estado de salud imputable **EXCLUSIVAMENTE** a una enfermedad (no accidente, riesgo no objeto

de cobertura) que no esté excluida en esta cobertura, y que lleve consigo la interrupción TOTAL de su actividad laboral o profesional de forma temporal.

La definición y alcance del siniestro a los efectos del presente contrato es ajena y no sigue los mismos criterios de definición y calificación que el sistema público y, por lo tanto, la calificación de éste se define y determina exclusivamente por el contenido del presente contrato de seguro.

REGLAS APLICABLES PARA EL DEVENGO DEL SUBSIDIO DIARIO

a) En todas las enfermedades o accidentes el Asegurado deberá recibir asistencia médica facultativa y seguir de forma continuada el tratamiento médico necesario para la curación del proceso.

b) La enfermedad debe impedir temporalmente al Asegurado, de manera clínicamente explicable, el ejercicio de la actividad laboral o profesional de forma TOTAL. Cesará el derecho al devengo del subsidio en el momento en que el Asegurado pueda reanudar sus actividades profesionales o laborales habituales, **INCLUSO DE FORMA PARCIAL**, aun cuando no haya alcanzado su total curación.

Asimismo, cesará el devengo de los subsidios diarios desde el momento en que se pueda diagnosticar médicamente que la enfermedad que ha motivado el siniestro padecido por el Asegurado, se ha transformado en una invalidez permanente para el ejercicio de su actividad laboral o profesional consignada en la póliza.

c) La suma de los días en los que se hubieran devengado los subsidios diarios por enfermedades del Asegurado que, por cualquier causa afecten y/o sean originadas por un mismo proceso, no podrá ser superior al plazo máximo de 361 días, una vez deducida la franquicia de 7 días contratada.

En el supuesto que el Asegurado no hubiera agotado el período máximo de cobertura, de un modo consecutivo o en distintos períodos

con intervalos de salud, y se iniciara un nuevo siniestro por el mismo proceso o causas relacionadas, se considerará a todos los efectos prolongación del anterior. En estos casos, la suma de todos los períodos consumidos no podrá superar el plazo máximo de cobertura. No será de aplicación lo anterior si hubieran transcurrido 12 meses entre la fecha de alta del último siniestro y la fecha de baja del consecutivo.

d) El subsidio diario a satisfacer por el Asegurador será de la cuantía señalada en el certificado de seguro, aun en el caso de que el Asegurado padeciera varias enfermedades al mismo tiempo, o sobreviniera una nueva enfermedad consecuencia del curso clínico de la o las inicialmente declaradas.

En este último supuesto, el Tomador, Asegurado o Beneficiario están obligados a cursar al Asegurador un informe médico dando cuenta de dicha circunstancia. Si la nueva enfermedad sobrevenida tuviera como causa un proceso distinto al o a los declarados anteriormente, empezará a contar un nuevo plazo desde la fecha en que haya tenido lugar el comienzo de la última enfermedad o accidente.

PERIODOS DE CARENCIA

Las garantías contratadas tienen una carencia de 8 meses sin perjuicio del periodo de carencia establecido más adelante en caso de embarazo.

SUPUESTOS ESPECIALES CON PERÍODOS DE COBERTURA LIMITADOS SOBRE EL PLAZO MÁXIMO DESCRITO EN EL EPÍGRAFE "RIESGOS CUBIERTOS"

a) Cuando la causa o causas primarias de la enfermedad padecida por la Asegurada sean el embarazo, el plazo máximo de cobertura que garantiza el Asegurador queda LIMITADO a 45 días para una misma anualidad de contrato, deduciéndose, en su caso, los días de franquicia contratada. En cualquier supuesto, cesará el derecho al devengo de la prestación el mismo día en que se produzca el parto o cesárea de

uno o varios recién nacidos, aun cuando no haya alcanzado la Asegurada su total curación. Dicha prestación tendrá un período de carencia o ausencia de cobertura de 12 meses a contar desde la fecha de inclusión de la Asegurada en la póliza.

b) Las enfermedades y/o trastornos mentales y del comportamiento que obliguen al Asegurado a permanecer de forma ininterrumpida ingresado en un área de hospitalización de psiquiatría en hospitales y/o residencias sanitarias, el plazo máximo de cobertura que garantiza el Asegurador queda LIMITADO a 90 días para una misma anualidad de contrato, deduciéndose, en su caso, los días de franquicia contratada.

RIESGOS EXCLUIDOS

No son objeto de cobertura del presente contrato los siguientes riesgos:

a) La prestación directa por el Asegurador de los servicios médicos, quirúrgicos y el pago de los gastos de asistencia médica y farmacéutica, ni aquellas alteraciones de salud imputables directa o indirectamente a un accidente.

b) Todas las alteraciones del estado de salud, crónicas o no, lesiones o defectos de origen anterior a la fecha de inclusión del Asegurado en esta póliza.

c) Todas las alteraciones del estado de salud cuya causa sea originada por guerra civil o internacional, las derivadas de la energía atómica o nuclear salvo que sea secuela de un tratamiento médico, las epidemias oficialmente declaradas, y todos los riesgos declarados oficialmente como catastróficos.

d) Las enfermedades producidas en cualquier clase de deporte practicado con carácter profesional.

e) Las enfermedades cuya causa fuese originada por la ingestión de bebidas

alcohólicas, la toxicomanía y el intento de suicidio. Así como todas las alteraciones del estado de salud producidas por actos médicos o tratamientos a los que se someta voluntariamente el Asegurado y cuya causa o causas primarias no sean una enfermedad o accidente.

f) El aborto y el parto.

g) El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y/o enfermedades causadas por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). La Fibromialgia y el Síndrome de Fatiga Crónica.

h) Las enfermedades y/o trastornos mentales y del comportamiento que no obliguen al Asegurado a permanecer de forma ininterrumpida ingresado en un área de hospitalización de psiquiatría en hospitales y/o residencias sanitarias. También quedan excluidas todas las enfermedades y/o trastornos ocasionados o desencadenados por el estrés.

Se entenderán, además, **RIESGOS EXCLUIDOS**, todas las reagudizaciones, secuelas, consecuencias y/o complicaciones y sus tratamientos específicos de todos los riesgos excluidos descritos.

LÍMITE DE EDAD

La cobertura de la presente póliza colectiva se aplicará exclusivamente a personas con una edad menor de 70 años.

INSTRUCCIONES PARA EL CASO DE SINIESTRO

Para poder tener derecho al devengo de los subsidios diarios contratados, el Asegurado deberá, dentro del plazo de 7 días desde la fecha del siniestro, presentar al Asegurador debidamente cumplimentados los siguientes documentos:

Declaración de Siniestro, impreso que será facilitado a su solicitud por el Asegurador debiendo ser cumplimentado en todas sus

partes, siendo indispensable que la parte relativa a la enfermedad sea extendida y firmada por el médico que asista al paciente. A falta del mencionado impreso, el aviso de siniestro podrá facilitarse al Asegurador mediante escrito en el que conste:

1. Número de póliza
2. Nombre del Tomador
3. Nombre, apellidos, edad y domicilio del Asegurado

Debiendo unirse al citado escrito un informe del médico que asista al paciente, reseñando la enfermedad, sus causas, si guarda reposo absoluto domiciliario o reposo relativo, si ha padecido con anterioridad la dolencia y en qué fecha, si su dolencia le impide dedicarse a sus actividades laborales o profesionales de forma total o parcial, fecha probable de iniciación del proceso, fecha en que comenzó a prestarle asistencia, pronóstico en cuanto a la duración de la dolencia, y por último, fecha en que se emite el informe.

Recibida la Declaración de Siniestro, el Asegurador podrá disponer las visitas de inspección que estime convenientes, para comprobar el estado de salud del Asegurado, siempre que no se oponga a éstas algún facultativo de los que asistan al mismo, quedando obligado el Asegurado a presentar al Asegurador los informes médicos que le fueran requeridos para la correcta valoración del siniestro.

No devengará subsidio diario alguno el día que cause alta el Asegurado.

LEGISLACIÓN APLICABLE Y AUTORIDAD DE CONTROL

La póliza colectiva suscrita entre SANITAS, S.A. DE SEGUROS, como Tomador del seguro, y LA PREVISIÓN MALLORQUINA DE SEGUROS, S.A., como Aseguradora, se regirá por la Ley 50/1980, del 8 de octubre, de Contrato de Seguro, la Ley 20/2015 de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, y su Reglamento de desarrollo (R.D. nº 1060/2015 de 20 de Noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y

reaseguradoras) y por lo convenido en la Póliza Colectiva suscrita entre el Tomador y la Aseguradora. La Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones es el órgano dependiente del Ministerio de Economía y Empresa que, con sede en Madrid (España) ejerce el control de la actividad de la Aseguradora.

INSTANCIAS DE QUEJAS Y RECLAMACIONES

Las quejas y reclamaciones podrán dirigirse al Servicio de Atención al Cliente de LA PREVISIÓN MALLORQUINA DE SEGUROS, S.A. con sede en el domicilio social del Asegurador. Si la resolución de éstas no fueran favorable para el cliente, podrán reproducirla mediante escrito dirigido ante al Comisionado para la Defensa del Asegurado en 28046 MADRID, Paseo de la Castellana, nº 44. En cualquier caso, el interesado puede acudir a la vía judicial. El contrato quedará sometido a la jurisdicción española y, dentro de ella, será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del mismo el del domicilio del asegurado, a cuyo efecto éste designará un domicilio en España en caso que el suyo fuese en el extranjero.

VIGENCIA DEL SEGURO

La presente garantía complementaria estará vigente mientras lo estén las condiciones de la póliza colectiva suscrita entre Sanitas como entidad tomadora y Previsión Mallorca con entidad aseguradora y el Asegurado se mantenga como tomador de la presente póliza.

VIGENCIA DEL SEGURO

El seguro estará vigente mientras lo estén las condiciones de la póliza colectiva suscrita entre el Tomador del seguro y la Aseguradora y el Asegurado se mantenga como titular del contrato de seguro SANITAS AUTONOMOS IT. El Tomador del seguro se reserva el derecho de proceder a la extinción o modificación de este seguro en cualquier momento, sin que el

establecimiento del mismo suponga, por tanto, compromiso alguno de continuidad.

Asimismo la condición de Asegurado se extinguirá con carácter retroactivo en el mismo momento de ocurrencia de los siguientes casos, aun sin existir comunicación previa al Asegurador:

a) Cuando el Asegurado cese en toda actividad profesional habitual o pase a situación de desempleo o jubilación.

b) Desde que se pueda diagnosticar médicamente que la enfermedad que ha motivado el siniestro padecido por el Asegurado, se ha transformado en una invalidez permanente para el ejercicio de la actividad laboral o profesional consignada en la póliza.

TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

La inclusión como Asegurado en la póliza colectiva que este extracto informativo trae causa requiere para su desarrollo, cumplimiento, control y ejecución por LA PREVISIÓN MALLORQUINA DE SEGUROS, S.A. la inclusión en ficheros y el tratamiento de datos de los asegurados, incluidos sus datos de salud, así como la comunicación de aquellos datos que sean adecuados, pertinentes y no excesivos para el cumplimiento de la finalidad señalada entre los prestadores de servicios y la entidad aseguradora.

La solicitud de cualquier prestación asegurada que precise en base al contrato de seguro, supone la conformidad expresa del Asegurado a que LA PREVISIÓN MALLORQUINA DE SEGUROS, S.A. realice el tratamiento de datos de salud y su posible comunicación entre prestadores de servicios y Previsión Mallorca.

Para ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos debe dirigirse por escrito con copia de su DNI al Servicio de Atención al Cliente de Previsión Mallorca. En caso de oposición al tratamiento de datos no podrán hacerse

efectivas las prestaciones de la póliza durante el tiempo que dure dicha oposición, por carecer la entidad aseguradora de los datos necesarios para el cálculo de la indemnización y demás fines establecidos en el contrato de seguro.

Este Extracto Informativo, sin ningún valor contractual, recoge únicamente con carácter divulgativo, los principales aspectos de la póliza colectiva, rigiéndose este seguro por la póliza colectiva suscrita entre el Tomador y la Aseguradora.

La copia íntegra de la póliza se encuentra a disposición de los Asegurados en el domicilio del Tomador.

GUÍA DE UTILIZACIÓN

La comunicación del siniestro la realizará el cliente directamente a la compañía Previsión Mallorca a través de cualquiera de estos medios:

1. Por fax al Departamento de Siniestros de Servicios Centrales (93 415 74 08).

2. Por correo electrónico adjuntado documentación digitalizada, a la dirección siniestroscentral@laprevisionmallorquina.com

3. Directamente o por correo a los Servicios Centrales o Direcciones Territoriales de Previsión Mallorca

Es importante comunicar el siniestro en el plazo máximo de 7 días desde su ocurrencia y remitir originales por correo a los Servicios Centrales de Previsión Mallorca.

Los pagos de siniestros se realizaran:

a) Mediante cheque nominativo (no a la orden) a favor del asegurado remitido al cliente, siendo el **plazo máximo de pago de 8 días**, desde que Previsión Mallorca tenga conocimiento del alta causada por el asegurado, siempre y cuando el Asegurador haya podido realizar las peritaciones oportunas durante el transcurso del siniestro.

b) Mediante pago por pagare al asegurado cuando durante una entrevista con el

asegurado se efectúe una transacción, por tanto el pago se efectúa de **forma inmediata**.

Cobertura de medicina alternativa

1. OBJETO DE LA COBERTURA

Comprende exclusivamente el reembolso del importe de consultas de Homeopatía y productos homeopáticos dispensados y facturados en consulta, así como el reembolso del importe de consultas de Acupuntura y el material que ésta implique y sea administrado en consulta por el profesional.

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

La duración de esta cobertura complementaria coincide con la duración de la póliza de la cual forma parte.

2. PLAZOS DE CARENCIA

Todas las coberturas entrarán en vigor una vez haya tomado efecto la misma en la fecha expresamente indicada en las correspondientes Condiciones Particulares, y transcurridos los siguientes plazos de carencia:

- **Para el reembolso de consultas de Acupuntura y material de Acupuntura:** 3 meses
- **Para el reembolso de consultas de Homeopatía y productos homeopáticos:** 3 meses

3. TRAMITACIÓN DEL REEMBOLSO

Para la tramitación del reembolso el asegurado deberá presentar la siguiente

documentación en un plazo máximo de 7 días:

a) Impreso de solicitud de reembolso debidamente cumplimentado.

b) Facturas originales desglosadas por fechas, importes y conceptos.

Los documentos deben ser siempre originales.

Una vez recibida toda la documentación requerida y efectuadas las comprobaciones oportunas, en el plazo de diez días laborables, se procederá al reembolso de la cantidad correspondiente.

4. CLÁUSULA DE NO RESPONSABILIDAD

El asegurado podrá elegir libremente el profesional que le preste los servicios que son objeto de esta garantía sin que SANITAS intervenga en modo alguno en dicha elección ni participe o supervise la forma de prestar dichos servicios, lo que supone la ausencia de responsabilidad directa, solidaria o subsidiaria de SANITAS por los actos de aquéllos.

Cobertura de óptica

Comprende exclusivamente el reembolso del importe del siguiente material de óptica: lentes de contacto graduadas y cristales graduados, siempre y cuando esté prescrito por un oftalmólogo perteneciente al cuadro médico del producto contratado salvo que éste contemple la modalidad de reembolso, en cuyo caso no sería necesario que el oftalmólogo perteneciera a dicho cuadro médico. Límite de una factura al año.

El reembolso de dicho importe se realizará en el porcentaje establecido en las Condiciones Particulares y hasta el límite del capital asegurado igualmente indicado en las mismas, una vez aportado por el asegurado la factura acreditativa de haber abonado el material de óptica objeto de cobertura, y el documento de prescripción de un oftalmólogo.

1. PLAZOS DE CARENANCIA

Todas las coberturas entrarán en vigor una vez haya tomado efecto la misma en la fecha expresamente indicada en las correspondientes Condiciones Particulares, y transcurridos los siguientes plazos de carencia:

- **Solicitud del reembolso de material de óptica:** 3 meses

Cobertura de reembolso

Las prestaciones médicas que son objeto de cobertura por esta póliza bajo la modalidad de cuadro médico 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 médicas 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. En el caso de que las intervenciones quirúrgicas realizadas tengan asignado un grupo de dificultad diferente según la clasificación de la Organización Médica Colegial, se tendrá en cuenta, para determinar el límite de capital asegurado, el grupo de dificultad superior.

Los importes reflejados en las facturas por utilización de técnicas quirúrgicas específicas, siempre que sean objeto de cobertura asegurada por esta póliza, (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 médico concertado, SANITAS asumirá hasta los límites y sublímites de capital asegurado establecidos en las Condiciones Particulares de la Póliza los gastos correspondientes a:

- **Consultas médicas.**
- **Servicios de asistencia urgente.**
- **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 asegurada 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 más 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 máximo 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

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, enfermero, 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 reembolsará 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 reembolsar 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.

Cobertura de reembolso de consultas de pediatría, ginecología y obstetricia

En el caso de que el Asegurado contrate esta cobertura específica, SANITAS asume, en los términos establecidos en el correspondiente suplemento a la presente póliza, el reembolso del 60% de los gastos, razonables y usuales, realmente incurridos por el Asegurado derivados de aquellas consultas médicas, exclusivamente en las especialidades de Pediatría y de Ginecología y Obstetricia, a las que éste acuda, como consecuencia de una enfermedad o accidente cubiertos por la póliza. Para esta modalidad de reembolso de gastos, los límites de capital asegurado tanto por consulta y como por asegurado y anualidad serán los establecidos en las Condiciones Particulares de esta póliza. Para la tramitación de los reembolsos el Tomador del Seguro o en su caso el Asegurado, deberá presentar a SANITAS el impreso de solicitud de reembolso debidamente cumplimentado, justificante o factura original de los gastos realmente incurridos por el Asegurado, en el que se indique la persona a la que se le ha realizado la asistencia y la identificación completa de la persona física o jurídica que ha prestado la asistencia, y justificación o acreditación original del pago de las facturas por parte del Asegurado.

1. DURACIÓN DEL SEGURO

Para la especialidad de Pediatría, los asegurados en esta garantía complementaria causaran baja en la misma al vencimiento de la anualidad en la que cumplan 15 años de edad.

Cobertura de renta

1. OBJETO DE LA COBERTURA DE RENTA

Dentro de los límites y condiciones estipuladas en la Póliza, y previo pago por el Tomador del seguro de la prima correspondiente, SANITAS asume el pago de una indemnización por cada día de internamiento del Asegurado en hospital o clínica si como consecuencia de enfermedad contraída o accidente sufrido durante la vigencia de esta cobertura y cubiertos por la misma, el Asegurado tuviera que ser necesariamente internado en un hospital, para su debido tratamiento médico o quirúrgico, un mínimo de 24 horas, debido a:

- a) Enfermedad del Asegurado que precise asistencia hospitalaria.
- b) Intervención quirúrgica del Asegurado.
- c) Accidente del Asegurado.

La indemnización diaria será la establecida en las Condiciones Particulares y se devengará a partir del primer día del ingreso hospitalario y durante todo el tiempo que el Asegurado figure como ingresado en un hospital o Clínica hasta su alta hospitalaria documentada y con un máximo de 365 días. Si dentro del periodo de doce meses siguientes a una hospitalización del Asegurado por la que se hubiera devengado indemnización, el Asegurado tuviera que ser ingresado nuevamente en el hospital, por la misma causa o causa consecuente o relacionada, el nuevo internamiento será considerado como prolongación del anterior a efectos de cálculo del límite anteriormente fijado de 365 días.

2. RIESGOS EXCLUIDOS

Serán de aplicación a la cobertura complementaria las exclusiones previstas en el Condicionado General y Particular de la Póliza.

3. PLAZOS DE CARENANCIA

Todas las coberturas entrarán en vigor una vez haya tomado efecto la misma en la fecha expresamente indicada en las correspondientes Condiciones Particulares, y transcurridos los siguientes plazos de carencia:

- **Para la renta por enfermedad que requiera intervención quirúrgica:** 8 meses
- **Para la renta por hospitalizaciones sin intervención:** 8 meses
- **Para la renta por la garantía adicional de parto:** 8 meses

4. LIMITACIONES POR PATOLOGÍA

La indemnización máxima para los siguientes casos será:

- Enfermedades mentales o nerviosas: se abonará al Asegurado la indemnización correspondiente a los días que permanezca ingresado, **con un máximo de 20 días por Asegurado y año.**
- Dolencias de columna vertebral: se abonará al Asegurado la indemnización correspondiente a los días que permanezca ingresado, **con un máximo de 30 días por Asegurado y año.**
- Indemnización por parto o cesárea: el Asegurado tendrá derecho a la indemnización **con un máximo de 6 días por Asegurado y año**, si tuviera que permanecer ingresado en hospital o sanatorio.

5. SUPUESTOS ESPECIALES

- **Estancia en U.V.I. o U.C.I.:** En caso de que el Asegurado precise ser ingresado en

U.V.I. o U.C.I., percibirá el doble de la suma diaria asegurada contratada mientras permanezca en estas unidades.

- **Ingreso del Asegurado en otra provincia:** Por ingreso del Asegurado en un centro hospitalario situado en una provincia distinta a la de su domicilio habitual del asegurado consignado en la póliza, percibirá el cincuenta por ciento (50%) más de la suma diaria asegurada contratada mientras permanezca ingresado en dicho centro.
- **Convalecencia:** Por ingreso del Asegurado derivado en una intervención quirúrgica, percibirá el cincuenta por ciento (50%) de la suma diaria asegurada contratada una vez finalice el periodo de hospitalización, **con un máximo de 5 días por Asegurado y año.**
- Siempre que se produzca un ingreso **sin que SANITAS asuma bajo la cobertura asegurada por la póliza de Asistencia Sanitaria los gastos derivados de dicha estancia** el asegurado percibirá el doble de la suma diaria asegurada contratada expresamente indicada en las condiciones particulares para esta cobertura.

6. TRAMITACIÓN EN CASO DE SINIESTRO

Para la tramitación del siniestro cubierto deben cumplirse las siguientes normas:

6.1. 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 siete (7) días de haberlo conocido, salvo que se haya fijado un plazo más amplio.

En el caso de intervención quirúrgica o internamiento hospitalario programado, deberá de comunicar dicha circunstancia a la Aseguradora desde el momento en el 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 máximo de siete (7) días de haberlo conocido.

6.2. Junto con la comunicación de enfermedad o accidente, el Tomador del Seguro o Asegurado enviará a SANITAS informe médico en el que se especifique/n el/los diagnóstico/s y naturaleza de la/s enfermedad/es, así como el centro asistencial, fecha de ingreso, duración probable de la hospitalización, siendo indispensable que la parte relativa a la enfermedad sea extendida y firmada por el médico que asista al paciente.

6.3. Una vez finalizada la hospitalización, el Tomador del Seguro o, en su caso, el Asegurado deberá presentar a SANITAS la siguiente documentación:

6.3.1. Impreso de solicitud de indemnización, debidamente cumplimentado y desglosado, en donde se refleje:

a) La persona a la que se ha realizado la asistencia hospitalaria.

b) La naturaleza del acto o actos médicos realizados y sus fechas.

c) Identificación de la persona física o jurídica que ha prestado la asistencia (clínica, hospital, etc.), haciéndose constar, en su caso, los apellidos, nombre o razón cliente, domicilio, número de colegiado y número de identificación fiscal (N.I.F.).

A falta del mencionado impreso, el aviso de siniestro podrá facilitarse a SANITAS mediante escrito en el que consten los datos anteriormente especificados.

6.3.2. Prescripciones médicas originales de los servicios hospitalarios prestados al Asegurado.

6.3.3. Informe de alta hospitalaria donde figuren la fecha de ingreso y la fecha de alta hospitalaria, así como la información sobre el proceso de la enfermedad y su evolución.

6.4. Cuando se requiera continuidad asistencial, el Tomador del Seguro o, en su caso, el Asegurado deberá presentar a

SANITAS, además del impreso de solicitud de indemnización y las prescripciones médicas, tal y como se describe en los anteriores apartados de la presente cláusula, informe médico en el que se indique la necesidad de dicha continuidad asistencial.

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

6.6. 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 sobre su estado de salud que SANITAS considere necesaria.

El incumplimiento de las normas establecidas en los seis apartados anteriores será considerado como renuncia expresa al cobro de la indemnización, salvo que no haya sido posible cumplirlas por causas ajenas a la voluntad del Tomador del Seguro, del Asegurado o de sus familiares.

Serán por cuenta del Asegurado, en su caso, los gastos derivados de la traducción al idioma español de los oportunos documentos (facturas, informes, etc.), redactados en otras lenguas.

7.FORMA DE PAGO DE LOS SINIESTROS

Las cantidades debidas por SANITAS en virtud de esta cobertura se harán efectivas al Beneficiario una vez recibida toda la documentación requerida y efectuadas todas las comprobaciones oportunas por parte de SANITAS, para establecer la existencia del siniestro.

SANITAS efectuará dentro de los 40 días, a partir de la recepción de la declaración del siniestro, el pago del importe mínimo de los que SANITAS pueda deber según las circunstancias por él conocidas (artículo 18 de la Ley de Contrato de Seguro).

SANITAS pagará la indemnización según lo previsto en las condiciones anteriores. Si en el plazo de tres meses desde la producción del siniestro SANITAS no hubiere indemnizado su importe por causa no justificada o que le fuere imputable, la indemnización se incrementará en el tipo de interés legal del dinero vigente en el momento en que se devengue, incrementado en el 50 por 100. Estos intereses se considerarán producidos por días, sin necesidad de reclamación judicial. No obstante, transcurridos 2 años desde la producción del siniestro, el interés anual no podrá ser inferior al 20 por 100 (artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro).

En el supuesto de que por demora de SANITAS en el pago del importe de la indemnización devenida inatacable el Asegurado se viera obligado a reclamarlo judicialmente, la indemnización correspondiente se verá incrementada con el interés previsto en el párrafo anterior, más los gastos del proceso, conforme al artículo 38, párrafo 9 de la Ley de Contrato de Seguro.

8. DURACIÓN

8.1. Tan sólo podrán incluirse en concepto de Asegurados en la presente cobertura quienes a la fecha de inclusión, tengan una edad comprendida entre los 16 y los 64 años.

8.2. Las coberturas contratadas no tomarán efecto mientras no haya sido satisfecho el primer recibo de prima.

Ámbito geográfico

Las coberturas de la presente garantía surtirán efecto en TODO EL MUNDO, siempre que el Asegurado tenga su residencia habitual fijada en España, no obstante lo cual, las indemnizaciones serán hechas efectivas en España, y en euros.

Cobertura digital

PROGRAMAS DE SALUD

1. OBJETO DE LA COBERTURA

Facilitar al Asegurado información, orientación y atención profesional y personalizada, exclusivamente mediante técnicas de comunicación a distancia (vía telefónica, chat y videoconsulta).

2. ALCANCE DE LA COBERTURA

- Esta cobertura corresponde en exclusiva al Asegurado y es personal e intransferible.
- El servicio de videoconsulta se prestará en aquellos casos en los 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.

3. 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 chat, citación por videoconsulta o en el teléfono 91 752 29 04 dentro del horario establecido.
- Se ofrecerán recomendaciones para cada programa digital, 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.
- Se programará con el Asegurado la periodicidad y tipo de contactos de seguimiento de cada programa (vía telefónica, chat y videoconsulta).
- El Asegurado también podrá pedir cita con su asesor de salud siempre que lo necesite para tener consulta a través del teléfono, chat o videoconsulta dentro del horario establecido.
- 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.

4. 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.

5. 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.**
- **Diagnóstico de enfermedades o prescripción de pruebas diagnósticas o 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 en las condiciones generales y particulares de la póliza**

A continuación se detallan los programas disponibles:

Entrenador Personal

1. OBJETO DE LA COBERTURA

Facilitar al Asegurado información, orientación y atención profesional y personalizada en materia de actividad física con el objetivo de mejorar su condición física.

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.

Este programa permite realizar un seguimiento más visual de los objetivos y el

progreso alcanzado a través de la App de Mi Sanitas.

2. HORARIO DE ATENCIÓN

El horario de atención es de lunes a viernes de 10h a 22h, excepto festivos nacionales y locales en Madrid.

Nutrición

1. OBJETO DE LA COBERTURA

Facilitar al Asegurado información, orientación y atención profesional y personalizada en materia de nutrición para servir de apoyo a la consecución de hábitos alimentarios saludables.

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.

Este programa permite realizar un seguimiento más visual de los objetivos y el progreso alcanzado a través de la App de Mi Sanitas.

2. HORARIO DE ATENCIÓN

El horario de atención es de lunes a viernes de 10h a 22h, excepto festivos nacionales y locales en Madrid.

3. RIESGOS ESPECÍFICOS EXCLUIDOS

Sin perjuicio de las exclusiones detalladas anteriormente, serán específicamente aplicables a esta cobertura las siguientes exclusiones:

- **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.

Psicología

1.OBJETO DE LA COBERTURA

Facilitar al Asegurado información, orientación y atención profesional y personalizada en materia de psicología, para servir de apoyo a la consecución del bienestar psicológico.

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.

En estas sesiones no se realizarán diagnósticos médicos ni prescripción de pruebas o tratamientos y el psicólogo puede derivar a la atención presencial cuando sea necesario y bajo su criterio experto. De igual forma, no se presentarán informes periciales, con independencia de que sean para aportar en juicios o tengan cualquier otra finalidad.

La cobertura incluye el acceso a distintos programas, todos ellos persiguen el objetivo de mejorar el bienestar emocional del asegurado. Para su comodidad, el asegurado podrá encontrar los programas clasificados en 5 categorías:

- Bienestar individual
- Bienestar familiar
- Gestión de la enfermedad
- Psicología deportiva
- Sénior

2.HORARIO DE ATENCIÓN

El horario de atención es de lunes a viernes de 10h a 22h, excepto festivos nacionales y locales en Madrid.

3.RIESGOS ESPECÍFICOS EXCLUIDOS

Sin perjuicio de las exclusiones detalladas anteriormente, serán específicamente aplicables a esta cobertura las siguientes exclusiones:

- La atención por los siguientes trastornos: psicóticos, depresión grave, trastornos de la alimentación (anorexia, bulimia, etc), trastornos de la personalidad (esquizoide, evitativo, dependiente, histriónico, bipolar, límite, etc), trastornos del sueño de causa orgánica; trastorno mental grave, demencias y trastornos neurocognitivos (Alzheimer, ..).
- En caso de tratamiento con niños y adolescentes, los trastornos de la conducta en niños y adolescentes (trastorno negativista desafiante, TDAH o trastorno disocial), trastornos del neurodesarrollo que requieran adaptación curricular especial (discapacidad o TEA), o cualquier trastorno que implique la intervención directa con el niño.
- La atención en caso de presencia de disfunciones sexuales, violencia de género, abuso o agresión sexual, y presencia de patología psicológica o psiquiátrica que requiera seguimiento presencial.
- La atención en caso de presencia de duelo complicado que requiera asistencia presencial, dependencia o adición a sustancias, y presencia de Síndrome de burnout.

Embarazo

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 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.

Servicio ofrecido por matronas y enfermeras especializadas en maternidad 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.

Este programa permite realizar un seguimiento más visual de los objetivos y el progreso alcanzado a través de La App de Mi Sanitas.

2. HORARIO DE ATENCIÓN

El horario de atención es de lunes a viernes de 9h a 22h, excepto festivos nacionales y locales en Madrid.

Salud Infantil

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 con el objetivo de completar la información facilitada por el pediatra en las consultas presenciales así como para solucionar dudas.

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.

Este programa permite realizar un seguimiento más visual de los objetivos y el progreso alcanzado a través de La App de Mi Sanitas.

2. HORARIO DE ATENCIÓN

El horario de atención es de lunes a viernes de 9h a 22h, excepto festivos nacionales y locales en Madrid.

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 con el objetivo de ayudar al Asegurado a prevenir o mejorar los problemas de suelo pélvico.

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.

2. HORARIO DE ATENCIÓN

El horario de atención es de lunes a viernes de 10h a 22h, excepto festivos Nacionales y locales en Madrid.

Deshabitación tabáquica

1. OBJETO DE LA COBERTURA

Facilitar al Asegurado información, orientación y atención profesional y personalizada en materia de deshabituación tabáquica con el objetivo de ayudar al Asegurado en su propósito de abandonar o disminuir el hábito del tabaco.

Servicio ofrecido por enfermeros y psicólogos especializados en deshabituación tabáquica 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.

2. HORARIO DE ATENCIÓN

El horario de atención es de lunes a viernes de 9h a 22h, excepto festivos Nacionales y locales en Madrid.

Seguimiento de enfermedades crónicas

1. OBJETO DE LA COBERTURA

Facilitar al Asegurado información, orientación y atención profesional y personalizada en materia de enfermedades

crónicas, con el objetivo de ayudar al Asegurado en su propósito de atender su enfermedad y mejorar su calidad de vida.

Servicio ofrecido por enfermeros y médicos especializados en patologías crónicas, 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.

2.HORARIO DE ATENCIÓN

El horario de atención es de lunes a viernes de 9h a 22h, excepto festivos Nacionales y locales en Madrid.

Otras ventajas digitales

SANITAS pondrá a disposición del Asegurado otras coberturas digitales relacionadas con el cuidado de la salud. Las mismas se irán comunicando progresivamente y estarán disponibles en el área privada Mi Sanitas en www.sanitas.es o a través de la app móvil.

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 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 encontrarse 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 en las mismas.**

Farmacia con envío de medicamentos

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 PRESTADO POR TERCEROS

Dentro de la presente garantía complementaria de farmacia queda igualmente incluida la cobertura del coste de envío de los medicamentos prescritos al lugar donde se hallara el 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 o podrá solicitarlo en el área reservada al cliente denominada "MI SANITAS" a la que puede acceder a través del sitio web www.sanitas.es y enviar la receta médica que previamente le haya remitido el facultativo por medios electrónicos. Una vez solicitado el servicio y en un plazo máximo de 3h, un servicio de mensajería se personará en el domicilio del Asegurado o el lugar donde se encuentre dentro del territorio español, incluidas las islas, Ceuta y Melilla. 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 concurren los requisitos ya indicados y en general aquellos que no requieran de receta médica para su dispensación.

El servicio de envío de medicamentos 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.

Envío de medicamentos

SANITAS se encargará de buscar los medicamentos y de su envío hasta el lugar en que se hallara el Asegurado con un máximo de **6 veces por Asegurado**, durante la anualidad del seguro. El Asegurado puede solicitar este servicio en el área reservada al cliente denominada "MI SANITAS" a la que puede acceder a través del sitio web www.sanitas.es y enviar la receta médica que previamente le haya remitido el facultativo de SANITAS por medios electrónicos.

También podrá solicitar este servicio llamando al teléfono 91 353 63 48, en ese caso el proveedor designado por SANITAS para prestar este servicio retirará la receta médica original en el domicilio del Asegurado. El medicamento será entregado dentro de las 3 horas siguientes al momento de su solicitud, en el lugar donde se encuentre el Asegurado dentro del territorio español. Debe tratarse de medicamento cuya comercialización este autorizada en España y el Asegurado deberá abonar el importe correspondiente en el momento de su entrega.

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.

Cobertura digital Blua Premium

PROGRAMAS DE SALUD

1. OBJETO DE LA COBERTURA

Facilitar al Asegurado información, orientación y atención profesional y personalizada, exclusivamente mediante técnicas de comunicación a distancia (vía telefónica, chat y videoconsulta).

2. ALCANCE DE LA COBERTURA

- Esta cobertura corresponde en exclusiva al Asegurado y es personal e intransferible.
- El servicio de videoconsulta se prestará en aquellos casos en los 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.

3. 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 chat, citación por videoconsulta o en el teléfono 91 752 29 04 dentro del horario establecido.
- Se ofrecerán recomendaciones para cada programa digital, 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.
- Se programará con el Asegurado la periodicidad y tipo de contactos de seguimiento de cada programa (vía telefónica, chat y videoconsulta).
- El Asegurado también podrá pedir cita con su asesor de salud siempre que lo necesite para tener consulta a través del teléfono, chat o videoconsulta dentro del horario establecido.
- 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.

4. 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.

5. 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.**
- **Diagnóstico de enfermedades o prescripción de pruebas diagnósticas o 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 en las condiciones generales y particulares de la póliza**

A continuación se detallan los programas disponibles:

Entrenador Personal

1. OBJETO DE LA COBERTURA

Facilitar al Asegurado información, orientación y atención profesional y personalizada en materia de actividad física con el objetivo de mejorar su condición física.

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.

Este programa permite realizar un seguimiento más visual de los objetivos y el progreso alcanzado a través de la App de Mi Sanitas.

2. HORARIO DE ATENCIÓN

El horario de atención es de lunes a viernes de 10h a 22h, excepto festivos nacionales y locales en Madrid.

Nutrición

1. OBJETO DE LA COBERTURA

Facilitar al Asegurado información, orientación y atención profesional y personalizada en materia de nutrición para servir de apoyo a la consecución de hábitos alimentarios saludables.

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.

Este programa permite realizar un seguimiento más visual de los objetivos y el progreso alcanzado a través de la App de Mi Sanitas.

2. HORARIO DE ATENCIÓN

El horario de atención es de lunes a viernes de 10h a 22h, excepto festivos nacionales y locales en Madrid.

3.RIESGOS ESPECÍFICOS EXCLUIDOS

Sin perjuicio de las exclusiones detalladas anteriormente, serán específicamente aplicables a esta cobertura las siguientes exclusiones:

- **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.**

Psicología

1.OBJETO DE LA COBERTURA

Facilitar al Asegurado información, orientación y atención profesional y personalizada en materia de psicología, para servir de apoyo a la consecución del bienestar psicológico.

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.

En estas sesiones no se realizarán diagnósticos médicos ni prescripción de pruebas o tratamientos y el psicólogo puede derivar a la atención presencial cuando sea necesario y bajo su criterio experto. De igual forma, no se presentarán informes periciales,

con independencia de que sean para aportar en juicios o tengan cualquier otra finalidad.

La cobertura incluye el acceso a distintos programas, todos ellos persiguen el objetivo de mejorar el bienestar emocional del asegurado. Para su comodidad, el asegurado podrá encontrar los programas clasificados en 5 categorías:

- Bienestar individual
- Bienestar familiar
- Gestión de la enfermedad
- Psicología deportiva
- Sénior

2.HORARIO DE ATENCIÓN

El horario de atención es de lunes a viernes de 10h a 22h, excepto festivos nacionales y locales en Madrid.

3.RIESGOS ESPECÍFICOS EXCLUIDOS

Sin perjuicio de las exclusiones detalladas anteriormente, serán específicamente aplicables a esta cobertura las siguientes exclusiones:

- **La atención por los siguientes trastornos: psicóticos, depresión grave, trastornos de la alimentación (anorexia, bulimia, etc), trastornos de la personalidad (esquizoide, evitativo, dependiente, histriónico, bipolar, límite, etc), trastornos del sueño de causa orgánica; trastorno mental grave, demencias y trastornos neurocognitivos (Alzheimer, ..).**
- **En caso de tratamiento con niños y adolescentes, los trastornos de la conducta en niños y adolescentes (trastorno negativista desafiante, TDAH o trastorno disocial), trastornos del neurodesarrollo que requieran adaptación curricular especial (discapacidad o TEA), o cualquier trastorno que implique la intervención directa con el niño.**
- **La atención en caso de presencia de disfunciones sexuales, violencia de género, abuso o agresión sexual, y presencia de patología psicológica o**

psiquiátrica que requiera seguimiento presencial.

- **La atención en caso de presencia de duelo complicado que requiera asistencia presencial, dependencia o adición a sustancias, y presencia de Síndrome de burnout.**

Embarazo

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 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.

Servicio ofrecido por matronas y enfermeras especializadas en maternidad 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.

Este programa permite realizar un seguimiento más visual de los objetivos y el progreso alcanzado a través de La App de Mi Sanitas.

2. HORARIO DE ATENCIÓN

El horario de atención es de lunes a viernes de 9h a 22h, excepto festivos nacionales y locales en Madrid.

Salud Infantil

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 con el objetivo de completar la información facilitada por el pediatra en las consultas presenciales así como para solucionar dudas.

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.

Este programa permite realizar un seguimiento más visual de los objetivos y el progreso alcanzado a través de La App de Mi Sanitas.

2. HORARIO DE ATENCIÓN

El horario de atención es de lunes a viernes de 9h a 22h, excepto festivos nacionales y locales en Madrid.

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 con el objetivo de ayudar al Asegurado a prevenir o mejorar los problemas de suelo pélvico.

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.

2. HORARIO DE ATENCIÓN

El horario de atención es de lunes a viernes de 10h a 22h, excepto festivos Nacionales y locales en Madrid.

Deshabitación tabáquica

1. OBJETO DE LA COBERTURA

Facilitar al Asegurado información, orientación y atención profesional y personalizada en materia de deshabitación tabáquica con el objetivo de ayudar al Asegurado en su propósito de abandonar o disminuir el hábito del tabaco.

Servicio ofrecido por enfermeros y psicólogos especializados en deshabitación tabáquica 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.

2.HORARIO DE ATENCIÓN

El horario de atención es de lunes a viernes de 9h a 22h, excepto festivos Nacionales y locales en Madrid.

Seguimiento de enfermedades crónicas

1.OBJETO DE LA COBERTURA

Facilitar al Asegurado información, orientación y atención profesional y personalizada en materia de enfermedades crónicas, con el objetivo de ayudar al Asegurado en su propósito de atender su enfermedad y mejorar su calidad de vida.

Servicio ofrecido por enfermeros y médicos especializados en patologías crónicas, 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.

2.HORARIO DE ATENCIÓN

El horario de atención es de lunes a viernes de 9h a 22h, excepto festivos Nacionales y locales en Madrid.

Otras ventajas digitales

SANITAS pondrá a disposición del Asegurado otras coberturas digitales relacionadas con el cuidado de la salud. Las mismas se irán comunicando progresivamente y estarán disponibles en el área privada Mi Sanitas en www.sanitas.es o a través de la app móvil.

Análítica 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 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 “Análítica 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 encontrarse 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 en las mismas.

Farmacia con envío de medicamentos

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 PRESTADO POR TERCEROS

Dentro de la presente garantía complementaria de farmacia queda igualmente incluida la cobertura del coste de envío de los medicamentos prescritos al lugar donde se hallara el 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 o podrá solicitarlo en el área reservada al cliente denominada "MI SANITAS" a la que puede acceder a través del sitio web www.sanitas.es y enviar la receta médica que previamente le haya remitido el facultativo por medios electrónicos. Una vez solicitado el servicio y en una plaza máximo de 3h, un servicio de mensajería se personará en el domicilio del Asegurado o el lugar donde se encuentre dentro del territorio español, incluidas las islas, Ceuta y Melilla. 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 concurren los requisitos ya indicados y en general aquellos que no requieran de receta médica para su dispensación.

El servicio de envío de medicamentos prestado por terceros podrá ser solicitado hasta un máximo de **12 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.

Envío de medicamentos

SANITAS se encargará de buscar los medicamentos y de su envío hasta el lugar en que se hallara el Asegurado con un máximo de **12 veces por Asegurado**, durante la

anualidad del seguro. El Asegurado puede solicitar este servicio en el área reservada al cliente denominada "MI SANITAS" a la que puede acceder a través del sitio web www.sanitas.es y enviar la receta médica que previamente le haya remitido el facultativo de SANITAS por medios electrónicos.

También podrá solicitar este servicio llamando al teléfono 91 353 63 48, en ese caso el proveedor designado por SANITAS para prestar este servicio retirará la receta médica original en el domicilio del Asegurado. El medicamento será entregado dentro de las 3 horas siguientes al momento de su solicitud, en el lugar donde se encuentre el Asegurado dentro del territorio español. Debe tratarse de medicamento cuya comercialización este autorizada en España y el Asegurado deberá abonar el importe correspondiente en el momento de su entrega.

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.

Fisioterapia a domicilio/centro de trabajo

SANITAS se hará cargo de la localización, envío y coste de un fisioterapeuta en el lugar de residencia o centro de trabajo del Asegurado, **dentro del territorio español**, para las terapias que hayan sido prescritas por su médico.

La presente garantía queda limitada a **12 sesiones de una hora por Asegurado y anualidad**. El Asegurado deberá facilitar aquellos informes médicos y pruebas que sean requeridas por el fisioterapeuta para la correcta organización de las sesiones. Las dos primeras sesiones del total de las 12 ya mencionadas se prestarán sin ser necesario

para ello prescripción médica que sí que lo será para el resto de sesiones.

Protección de pagos para la cuota del gimnasio

En caso de inmovilización superior a 48 horas, por lesión que impida al Asegurado continuar practicando deporte, SANITAS se hará cargo de la cuota del gimnasio o club deportivo correspondiente a **un mes** y con un **importe máximo de 80€**. En caso de que el Asegurado siga inmovilizado por la misma lesión el mes siguiente, SANITAS se hará cargo de otra cuota del gimnasio y así consecutivamente hasta un **máximo de 2 meses consecutivos y un importe máximo de 160 €**.

SANITAS se reserva el derecho de solicitar al Asegurado el informe médico así como el recibo de su cuota del gimnasio para proceder al abono del mismo.

El gimnasio o club deportivo deberá estar dentro del territorio español.

Reembolso en consultas de psicología

Comprende exclusivamente el reembolso del importe 5 de consulta de psicología. El reembolso de dicho importe se realizará en el porcentaje establecido en las Condiciones Particulares y hasta el límite del capital asegurado igualmente indicado en las mismas, una vez aportado por el asegurado la factura acreditativa de haber abonado la consulta.

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

Cobertura digital bluaU Mente Sana

PROGRAMAS DE SALUD

1. OBJETO DE LA COBERTURA

Facilitar al Asegurado información, orientación y atención profesional y personalizada, exclusivamente mediante técnicas de comunicación a distancia (vía telefónica, chat y videoconsulta).

2. ALCANCE DE LA COBERTURA

- Esta cobertura corresponde en exclusiva al Asegurado y es personal e intransferible.
- El servicio de videoconsulta se prestará en aquellos casos en los 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.

3. 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 chat, citación por videoconsulta o en el teléfono 91 752 29 04 dentro del horario establecido.
- Se ofrecerán recomendaciones para cada programa digital, 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.
- Se programará con el Asegurado la periodicidad y tipo de contactos de seguimiento de cada programa (vía telefónica, chat y videoconsulta).
- El Asegurado también podrá pedir cita con su asesor de salud siempre que lo necesite para tener consulta a través del teléfono, chat o videoconsulta dentro del horario establecido.
- 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.

4. 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.

5. 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.**
- **Diagnóstico de enfermedades o prescripción de pruebas diagnósticas o 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 en las condiciones generales y particulares de la póliza**

A continuación se detallan los programas disponibles:

Entrenador Personal

1. OBJETO DE LA COBERTURA

Facilitar al Asegurado información, orientación y atención profesional y personalizada en materia de actividad física con el objetivo de mejorar su condición física.

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.

Este programa permite realizar un seguimiento más visual de los objetivos y el progreso alcanzado a través de la App de Mi Sanitas.

2. HORARIO DE ATENCIÓN

El horario de atención es de lunes a viernes de 10h a 22h, excepto festivos nacionales y locales en Madrid.

Nutrición

1. OBJETO DE LA COBERTURA

Facilitar al Asegurado información, orientación y atención profesional y personalizada en materia de nutrición para servir de apoyo a la consecución de hábitos alimentarios saludables.

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.

Este programa permite realizar un seguimiento más visual de los objetivos y el progreso alcanzado a través de la App de Mi Sanitas.

2. HORARIO DE ATENCIÓN

El horario de atención es de lunes a viernes de 10h a 22h, excepto festivos nacionales y locales en Madrid.

3. RIESGOS ESPECÍFICOS EXCLUIDOS

Sin perjuicio de las exclusiones detalladas anteriormente, serán específicamente aplicables a esta cobertura las siguientes exclusiones:

- **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.**

Psicología

1. OBJETO DE LA COBERTURA

Facilitar al Asegurado información, orientación y atención profesional y personalizada en materia de psicología, para servir de apoyo a la consecución del bienestar psicológico.

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.

En estas sesiones no se realizarán diagnósticos médicos ni prescripción de pruebas o tratamientos y el psicólogo puede derivar a la atención presencial cuando sea necesario y bajo su criterio experto. De igual forma, no se presentarán informes periciales, con independencia de que sean para aportar en juicios o tengan cualquier otra finalidad.

La cobertura incluye el acceso a distintos programas, todos ellos persiguen el objetivo de mejorar el bienestar emocional del asegurado. Para su comodidad, el asegurado podrá encontrar los programas clasificados en 5 categorías:

- Bienestar individual
- Bienestar familiar
- Gestión de la enfermedad
- Psicología deportiva
- Sénior

2. HORARIO DE ATENCIÓN

El horario de atención es de lunes a viernes de 10h a 22h, excepto festivos nacionales y locales en Madrid.

3. RIESGOS ESPECÍFICOS EXCLUIDOS

Sin perjuicio de las exclusiones detalladas anteriormente, serán específicamente aplicables a esta cobertura las siguientes exclusiones:

- **La atención por los siguientes trastornos: psicóticos, depresión grave, trastornos de la alimentación (anorexia, bulimia, etc), trastornos de la personalidad (esquizoide, evitativo, dependiente, histriónico, bipolar, límite, etc), trastornos del sueño de causa orgánica; trastorno mental grave, demencias y trastornos neurocognitivos (Alzheimer, ..).**
- **En caso de tratamiento con niños y adolescentes, los trastornos de la conducta en niños y adolescentes (trastorno negativista desafiante, TDAH o trastorno disocial), trastornos del neurodesarrollo que requieran adaptación curricular especial (discapacidad o TEA), o cualquier trastorno que implique la intervención directa con el niño.**
- **La atención en caso de presencia de disfunciones sexuales, violencia de género, abuso o agresión sexual, y presencia de patología psicológica o psiquiátrica que requiera seguimiento presencial.**
- **La atención en caso de presencia de duelo complicado que requiera asistencia presencial, dependencia o adicción a sustancias, y presencia de Síndrome de burnout.**

Embarazo

1. OBJETO DE LA COBERTURA

Facilitar al Asegurado información, orientación y atención profesional y personalizada en relación al embarazo, parto y primeros meses de vida del bebé

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.

Servicio ofrecido por matronas y enfermeras especializadas en maternidad 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.

Este programa permite realizar un seguimiento más visual de los objetivos y el progreso alcanzado a través de La App de Mi Sanitas.

2. HORARIO DE ATENCIÓN

El horario de atención es de lunes a viernes de 9h a 22h, excepto festivos nacionales y locales en Madrid.

Salud Infantil

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 con el objetivo de completar la información facilitada por el pediatra en las consultas presenciales así como para solucionar dudas.

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.

Este programa permite realizar un seguimiento más visual de los objetivos y el progreso alcanzado a través de La App de Mi Sanitas.

2. HORARIO DE ATENCIÓN

El horario de atención es de lunes a viernes de 9h a 22h, excepto festivos nacionales y locales en Madrid.

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 con el objetivo de ayudar al Asegurado a prevenir o mejorar los problemas de suelo pélvico.

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.

2. HORARIO DE ATENCIÓN

El horario de atención es de lunes a viernes de 10h a 22h, excepto festivos Nacionales y locales en Madrid.

Deshabitación tabáquica

1. OBJETO DE LA COBERTURA

Facilitar al Asegurado información, orientación y atención profesional y personalizada en materia de deshabituación tabáquica con el objetivo de ayudar al Asegurado en su propósito de abandonar o disminuir el hábito del tabaco.

Servicio ofrecido por enfermeros y psicólogos especializados en deshabituación tabáquica 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.

2. HORARIO DE ATENCIÓN

El horario de atención es de lunes a viernes de 9h a 22h, excepto festivos Nacionales y locales en Madrid.

Seguimiento de enfermedades crónicas

1.OBJETO DE LA COBERTURA

Facilitar al Asegurado información, orientación y atención profesional y personalizada en materia de enfermedades crónicas, con el objetivo de ayudar al Asegurado en su propósito de atender su enfermedad y mejorar su calidad de vida.

Servicio ofrecido por enfermeros y médicos especializados en patologías crónicas, 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.

2.HORARIO DE ATENCIÓN

El horario de atención es de lunes a viernes de 9h a 22h, excepto festivos Nacionales y locales en Madrid.

Otras ventajas digitales

SANITAS pondrá a disposición del Asegurado otras coberturas digitales relacionadas con el cuidado de la salud. Las mismas se irán comunicando progresivamente y estarán disponibles en el área privada Mi Sanitas en www.sanitas.es o a través de la app móvil.

Envío de medicamentos

SANITAS se encargará de buscar los medicamentos y de su envío hasta el lugar en que se hallara el Asegurado con un máximo de **12 veces por Asegurado**, durante la anualidad del seguro. El Asegurado puede solicitar este servicio en el área reservada al cliente denominada "MI SANITAS" a la que puede acceder a través del sitio web www.sanitas.es y enviar la receta médica que previamente le haya remitido el facultativo de SANITAS por medios electrónicos.

También podrá solicitar este servicio llamando al teléfono 91 353 63 48, en ese caso el proveedor designado por SANITAS para prestar este servicio retirará la receta médica original en el domicilio del Asegurado. El medicamento será entregado dentro de las

3 horas siguientes al momento de su solicitud, en el lugar donde se encuentre el Asegurado dentro del territorio español. Debe tratarse de medicamento cuya comercialización esté autorizada en España y el Asegurado deberá abonar el importe correspondiente en el momento de su entrega.

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.

Fisioterapia a domicilio/centro de trabajo

SANITAS se hará cargo de la localización, envío y coste de un fisioterapeuta en el lugar de residencia o centro de trabajo del Asegurado, **dentro del territorio español**, para las terapias que hayan sido prescritas por su médico.

La presente garantía queda limitada a **12 sesiones de una hora por Asegurado y anualidad**. El Asegurado deberá facilitar aquellos informes médicos y pruebas que sean requeridas por el fisioterapeuta para la correcta organización de las sesiones. Las dos primeras sesiones del total de las 12 ya mencionadas se prestarán sin ser necesario para ello prescripción médica que sí que lo será para el resto de sesiones.

Protección de pagos para la cuota del gimnasio

En caso de inmovilización superior a 48 horas, por lesión que impida al Asegurado continuar practicando deporte, SANITAS se hará cargo de la cuota del gimnasio o club deportivo correspondiente a **un mes** y con un **importe máximo de 80€**. En caso de que el Asegurado siga inmovilizado por la misma lesión el mes siguiente, SANITAS se hará

cargo de otra cuota del gimnasio y así consecutivamente hasta un **máximo de 2 meses consecutivos y un importe máximo de 160 €**

SANITAS se reserva el derecho de solicitar al Asegurado el informe médico así como el recibo de su cuota del gimnasio para proceder al abono del mismo.

El gimnasio o club deportivo deberá estar dentro del territorio español.

Reembolso en consultas de psicología

Comprende exclusivamente el reembolso del importe 5 de consulta de psicología. El reembolso de dicho importe se realizará en el porcentaje establecido en las Condiciones Particulares y hasta el límite del capital asegurado igualmente indicado en las mismas, una vez aportado por el asegurado la factura acreditativa de haber abonado la consulta.

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

Reembolso de terapias familiares, en pareja o grupales

Comprende exclusivamente el reembolso del importe de consulta de psicología en los casos en que se realice en pareja, en familia o en grupo. El reembolso de dicho importe se realizará en el porcentaje establecido en las Condiciones Particulares y hasta el límite del capital asegurado igualmente indicado en las mismas, una vez aportado por el asegurado la factura acreditativa de haber abonado la consulta. Dicha factura debe incluir expresamente el nombre del beneficiario de la terapia y recoger el detalle de la terapia recibida (número de sesiones, fechas, etc.). Además, en las terapias de grupo o familiares, deberán solicitarse facturas independientes por cada participante en las sesiones correspondientes.

Queda excluido el psicoanálisis, la terapia psicoanalítica, la hipnosis, tratamiento de la narcolepsia y los servicios de rehabilitación psicosocial o neuropsiquiatría y cualquier otro límite o exclusión de las establecidas en el condicionado general de la póliza que resulte de aplicación.

Reembolso de test psicológicos

Comprende exclusivamente el reembolso del importe de aquellos tests psicológicos de evaluación de síntomas generalmente empleados para dicha finalidad y previamente diseñados para cada supuesto, que ayuden a definir los objetivos de la terapia o test de aptitudes que aporten información personal adicional del asegurado para su diagnóstico. Estos tests deben estar prescritos por un psicólogo y reconocidos científicamente.

El reembolso de dicho importe se realizará en el porcentaje establecido en las Condiciones Particulares y hasta el límite del capital asegurado igualmente indicado en las mismas, una vez aportado por el asegurado la factura acreditativa de haber abonado la consulta. Dicha factura debe incluir expresamente el nombre del beneficiario del reembolso y recoger el detalle del test realizado (nombre y tipo de test, fecha, etc.).

Cobertura en Estados Unidos

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

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

- **Límite total en Estados Unidos: 30.000€**

- **Asistencia hospitalaria hasta 24.000€ con el sublímite de parto hasta 1.500€**
- **Asistencia extrahospitalaria hasta 6.000€**

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

1. PLAZOS DE CARENCIA

Todas las coberturas entrarán en vigor una vez haya tomado efecto la misma en la fecha expresamente indicada en las correspondientes Condiciones Particulares, y transcurridos los siguientes plazos de carencia:

- **Psicología:** 6 meses
- **Pruebas diagnósticas complejas:** 6 meses
- **Intervenciones quirúrgica del Grupo 0 al II según clasificación de la Organización Médica Colegial:** 3 meses
- **Hospitalización e intervenciones quirúrgica del Grupo III al VIII según clasificación de la Organización Médica Colegial, incluidas la vasectomía y la ligadura de trompas:** 8 meses
- **Los métodos terapéuticos complejos según vienen definidos en el glosario:** 6 meses
- **Parto o cesárea salvo parto prematuro (menos de 37 semanas):** 8 meses

Cobertura programa de nutrición

1. OBJETO DE LA COBERTURA

Esta garantía complementaria tiene como objeto facilitar al asegurado que lo contrate información, orientación y atención profesional y personalizada en materia de Nutrición, mediante técnicas de comunicación a distancia (principalmente vía telefónica, correo electrónico y correo ordinario), para servir de apoyo a la consecución de hábitos alimentarios saludables.

Descripción de la garantía:

- Garantía ofrecida por nutricionistas y asesores personales de salud (enfermeros titulados).
- Los objetivos y planes de acción con cada asegurado serán individualizados y se consensuarán conjuntamente con el mismo.
- Garantía prestada a través de técnicas de comunicación a distancia (principalmente vía telefónica, correo electrónico y correo ordinario), sin límite de llamadas.
- La Garantía contratada será personal e intransferible.
- El horario de atención es de lunes a jueves de 10h a 18:30h y viernes de 10h a 17:30h.
- La Garantía objeto de esta cobertura complementaria será prestada 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.

Procedimiento:

- El asegurado deberá llamar al teléfono habilitado para solicitar la Garantía (902 300 922).
- Un nutricionista elaborará un estudio previo sobre el asegurado y planificará el plan de acción.
- Se programará con el asegurado la periodicidad de las llamadas, que efectuará el nutricionista.

- El asegurado podrá llamar siempre que lo desee al teléfono habilitado, durante el periodo de vigencia de la Garantía y dentro del horario establecido.

2. DURACIÓN

Esta cobertura complementaria 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 garantía complementaria 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: obesidad mórbida (Índice de Masa Corporal mayor a 40), bajo peso (Índice de Masa Corporal menor a 17) o trastornos de la alimentación (anorexia, bulimia, etc.).**

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.

Sanitas Dental

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:

1. 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.

2. 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 su póliza.

En el caso de que se produjera alguna modificación en las prestaciones aseguradas o en el importe de las franquicias, el

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 preexistentes a la fecha de alta de cada Asegurado en la póliza y/o los que sean consecuencia de accidentes o enfermedades y sus secuelas que sean de origen anterior a la fecha de inclusión de cada Asegurado en la póliza.

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

B. 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, esquí fuera de pista o con saltos de trampolín, el bobsleigh, escalada, boxeo, lucha en cualquiera de sus modalidades, toreo y encierro de reses bravas, artes marciales, rugby, quad, espeleología, actividades de navegación o en aguas bravas, rafting, puenting, hidrospeed, barranquismo, paracaidismo, parapente, aerostación, vuelo libre, vuelo sin motor, hípica, o cualquier otra actividad de riesgo análogo, así como los derivados de las competiciones deportivas, incluidos los entrenamientos.

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 Transfronteriza.

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 dolo o culpa grave 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 y tratamientos, inclusive la cirugía, encaminados a solventar la esterilidad o infertilidad en ambos sexos, excepto las pruebas detalladas en el apartado correspondiente de ginecología y urología (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 tipo biopsia líquida y la farmacogenética.

- **Las prótesis y material implantable** salvo los contemplados en el correspondiente apartado de las condiciones generales. **Quedan excluidos entre otros:** cualquier prótesis externa; prótesis personalizada; cualquier tipo de material ortopédico; fijadores externos; materiales biológicos o sintéticos; injertos; endoprótesis aórtica en cirugías programadas; 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.**
- **El ácido hialurónico, tanto si está comercializado como medicamento o como producto sanitario.**
- **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.**
- **Órtesis, productos ortopédicos, productos anatómicos, gafas, lentillas, aparatos auditivos entre otros.**
- **Tratamientos con cámara hiperbárica.**
- **Tratamiento con Radiofrecuencia a nivel musculoesquelético, excepto los de articulaciones vertebrales.**

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 CO2.
- En fisioterapia músculo-esquelética.
- Litotricia endoureteral y vesical por láser.

- Vaporización y enucleación prostática con 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

También se excluyen los estudios farmacocinéticos de cualquier medicamento.

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

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:** 8 meses
- **Psicología:** 6 meses
- **Parto o cesárea salvo parto prematuro (menos de 37 semanas):** 8 meses
- **Hospitalización e intervenciones quirúrgica del Grupo III al VIII según clasificación de la Organización Médica Colegial:** 8 meses
- **Cirugía bariátrica en obesidad mórbida:** 36 meses

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

Cláusula V: Forma de prestar los servicios

1. A través del cuadro médico concertado

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

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

SANITAS está obligada a prestar cobertura aseguradora en los términos establecidos en la póliza no quedando vinculada por las decisiones que puedan adoptar profesionales pertenecientes o no a su cuadro médico y que no 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 cardíaca, 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 prescritos por un neumólogo concertado con SANITAS. En todos los tratamientos crónicos el Asegurado deberá renovar la prescripción del neumólogo y la autorización del servicio por parte de SANITAS **cada mes**.

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

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

Oficina de las Entidades concertadas aceptando los trámites administrativos de dichas Entidades.

1.8 Urgencias.

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

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

1.9 Asistencia en medios no concertados con SANITAS.

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

Cláusula VI: Otros aspectos 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 Asuntos Económicos y Transformación Digital.

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, en soporte papel o por vía telemática con firma electrónica, a través de la página web de ese organismo.** 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. El Tomador acepta la plena validez y eficacia de cualquier notificación remitida por SANITAS a la dirección física o electrónica o al teléfono del Tomador facilitada por éste en el momento de realizar la solicitud de seguro, mientras no comunique un cambio de la misma.

El Tomador autoriza a SANITAS a que utilice su número de teléfono móvil y su correo electrónico para remitirle todas las notificaciones, comunicaciones relacionadas con su póliza, como por ejemplo la revisión anual del importe de la prima, modificaciones en el contrato de seguro etc.

8. Cláusula de protección de datos

8.1 Responsable del tratamiento de sus Datos Personales

SANITAS, SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS, con domicilio social en la C/ Ribera del Loira, 52, 28042, Madrid,(en adelante, "**Sanitas**").

8.2 Tratamiento de los datos de carácter personal

Se van a tratar los datos de carácter personal, entre otros los identificativos y de salud (en adelante, "Datos Personales"), proporcionados a través de la

solicitud del seguro y durante la vigencia del contrato. Los Datos Personales son confidenciales y están adecuadamente protegidos.

El Solicitante, Tomador y Asegurado se compromete a que toda la información relativa al Tomador y Asegurado(s) que facilite a SANITAS es cierta y no ha omitido dato alguno sobre el estado de salud de cada uno de los Asegurados.

8.3 Finalidad del tratamiento de sus Datos Personales

(a) Formalización, desarrollo y ejecución del contrato de seguro. El tratamiento de los Datos Personales es necesario para la celebración del contrato entre el Tomador/Asegurado y Sanitas, así como, para el mantenimiento, desarrollo y ejecución de la relación contractual. Así, Sanitas tratará los Datos Personales del Tomador/Asegurado, entre otros, para valorar, seleccionar y tarificar los riesgos asociados al seguro, gestionar la relación con este gestor la póliza, etc.; pudiendo en determinados casos llegar a tomar decisiones automatizadas con base únicamente en los procedimientos de análisis llevados a cabo para mejorar el servicio prestado como objeto de su contrato con Sanitas. Durante la ejecución del contrato Sanitas podrá tratar sus Datos Personales para evaluar su solvencia económica, realizar estudios estadísticos, de calidad o análisis técnicos, incluso realizando encuestas de satisfacción, así como la gestión del coaseguro/reaseguro en su caso.

(b) Prestación y cobertura del servicio asistencial objeto del contrato de seguro pudiendo a tal fin solicitar y obtener de los profesionales sanitarios información referente a su salud. Sanitas tratará los Datos Personales del Tomador/Asegurado para prestar los servicios objeto del contrato consistentes entre otros, en el adecuado abono a los prestadores sanitarios o el reintegro al asegurado o sus beneficiarios de los gastos de asistencia sanitaria. Con tal finalidad podrá compartir y cederse

recíprocamente Datos Personales con los profesionales médicos que presenten el servicio asistencial, incluso solicitando y obteniendo de los profesionales sanitarios información referente a su salud para valorar las coberturas y el adecuado abono o reintegro de los servicios prestados. Si así lo desea, como parte del servicio Sanitas pone a disposición del Tomador/Asegurado un servicio de "Carpeta de Salud" (accesible a través de "MiSanitas") para que pueda solicitar la cesión y archivo de Datos Personales (p.e. informes médicos o pruebas diagnósticas) generados por los prestadores sanitarios de Sanitas en una herramienta para el uso exclusivo del Tomador/Asegurado.

(c) Investigación para el diseño de modelos asistenciales objeto del contrato de seguro. El tratamiento de los Datos Personales del Tomador/Asegurado son necesarios para que Sanitas lleve a cabo análisis que le permita diseñar modelos asistenciales a efectos de prevención de salud del Tomador/Asegurado.

(d) Ofrecimiento y gestión de programas asistenciales y de prevención objeto del contrato de seguro. Sanitas, como consecuencia de los análisis y perfiles llevados a cabo, diseñará modelos asistenciales que podrá ofrecer al Tomador/Asegurado teniendo en cuenta sus características y necesidades específicas. Por tanto, Sanitas necesitará tratar los Datos Personales de éstos con el fin de poder ofrecer y gestionar distintos modelos asistenciales que se adapten específicamente al Tomador/Asegurado.

(e) Prestación del servicio de promoción de salud objeto del contrato de seguro. Sanitas necesita tratar los Datos Personales del Tomador/Asegurado con el fin de diseñar y perfilar planes de gestión de salud específicos para cada Tomador/Asegurado. Para tal fin, Sanitas, como consecuencia del tratamiento de los Datos Personales del Tomador/Asegurado, elaborará planes de salud personalizados y programas de seguimiento proactivos, facilita la gestión

de los casos complejos (como enfermedades graves u hospitalizaciones prolongadas), presta asistencia a pacientes crónicos y proporciona también atención de urgencias.

(f) Gestionar el acceso y uso de la herramienta "Mi Sanitas". Sanitas podrá tratar los Datos Personales del Tomador/Asegurado con el fin de gestionar y proporcionarle acceso, así como asegurar el correcto funcionamiento, de "Mi Sanitas" (portal de gestión del seguro), ya sea a través de la web o de la aplicación desarrollada a tal efecto. Sanitas, en el contexto del uso de "Mi Sanitas", tratará sus Datos Personales para, entre otros, ofrecerle recomendaciones de salud, poner a disposición del Tomador/Asegurado los recibos y reembolsos, gestionar sus citas, etc.

(g) Prestación del servicio de videoconsulta por parte de Sanitas. Sanitas tratará, y en su caso cederá a terceros designados por el Tomador/Asegurado sus datos personales, para prestar el servicio de videoconsulta, chat u otros puesto a disposición por Sanitas en la medida en que forme parte de las prestaciones del seguro del Tomador/Asegurado. De esta manera, Tomador/Asegurado podrá, a través de los programas y aplicaciones descargadas al efecto, comunicarse con el personal sanitario de manera no presencial y aportar documentación con el fin de resolver cualquier duda que pudiera surgir al Tomador/Asegurado en el contexto de los servicios de asistencia médica prestados por Sanitas.

(h) Gestión del riesgo actuarial. Sanitas necesitará tratar los Datos Personales del Tomador/Asegurado con el fin de llevar a cabo un análisis estadístico-actuarial tanto para la determinación del riesgo asociado como para la tarificación de las pólizas de los clientes y potenciales clientes ya sea con carácter previo a la suscripción del contrato de seguro o durante la vigencia del mismo en atención a las nuevas circunstancias del Asegurado o al cambio de la base actuarial.

(i) Cumplimiento de obligaciones que le correspondan a Sanitas por mandato legal. En determinadas ocasiones, Sanitas necesitará tratar los Datos Personales del Tomador/Asegurado para cumplir con determinadas obligaciones establecidas legalmente. Entre otras, Sanitas tratará los Datos Personales con el fin de cumplir con las obligaciones establecidas en la normativa relativa a seguros, leyes tributarias y la normativa en materia de protección de datos de carácter personal vigente.

(j) Elaboración de perfiles. Sanitas trata los Datos Personales del Tomador/Asegurado con el objetivo de que su experiencia con Sanitas esté lo más orientada posible hacia el Tomador/Asegurado y que Sanitas pueda ser capaz de seguir personalizándola durante la prestación del servicio objeto del contrato de seguro. Para ello, Sanitas llevará a cabo un análisis de sus intereses y necesidades para poder, entre otros, ofrecer información adaptada a las características específicas de cada Tomador/Asegurado. Para llevar a cabo este análisis, Sanitas podrá tomar decisiones basadas únicamente en tratamientos automatizados en algunos casos, incluida la elaboración de un perfil. Esto significa que Sanitas podrá utilizar procedimientos automatizados de análisis para reconocer sus intereses y necesidades basándose en el tipo de interacción del Tomador/Asegurado con Sanitas y así poder hacerle llegar información personalizada con indicaciones y consejos, entre otros.

Asimismo, el tratamiento de Datos Personales que haga Sanitas del Tomador/Asegurado se realizará con el fin de mejorar los servicios que ofrecemos, anticipándose Sanitas a las necesidades de salud del Tomador/Asegurado y aumentando los recursos cuando así sea necesario para la atención personalizada del Tomador/Asegurado. Sanitas llevará a cabo un tratamiento de sus Datos Personales para fines de investigación científica con el fin último de mejorar en la medida de lo posible su salud.

(k) Elaboración de perfiles para el ofrecimiento de nuevos productos y servicios. Sanitas tratará Datos Personales de carácter general del Tomador/Asegurado a efectos de ofrecerle nuevos productos y servicios de Sanitas que se adapte a sus necesidades e intereses, mejorar dichos productos y servicios, atender mejor sus expectativas y mejorar su grado de satisfacción como cliente.

(l) Envío de comunicaciones comerciales por cualquier canal, incluido por vía electrónica. Tal y como se ha descrito más arriba, Sanitas tratará los Datos Personales del Tomador/Asegurado para informar y asesorar de forma personalizada, teniendo en cuenta sus intereses y necesidades particulares en los productos y servicios de Sanitas. Así, Sanitas tratará los Datos Personales del Tomador/Asegurado para realizar el envío de comunicaciones comerciales relacionadas con productos y servicios financieros, seguros, servicios socio sanitarios y/o de salud o bienestar por cualquier vía, incluyendo vía electrónica sobre ofertas personalizadas que respondan a sus intereses. Además de lo anterior, Sanitas podrá enviarle comunicaciones comerciales por cualquier vía, incluyendo por vía electrónica, de terceros con los que Sanitas establezca vínculos de colaboración.

(m) Llevar a cabo procedimientos de anonimización y seudoanonimización de sus Datos Personales. En ocasiones, Sanitas podrá aplicar ciertos procedimientos sobre los Datos Personales del Tomador/Asegurado de manera que o bien no sea posible encontrar una relación entre una persona física identificada o identificable y los Datos Personales tratados o bien, dichos Datos Personales no puedan atribuirse a una persona determinada sin utilizar información adicional que figure por separado. Dichos procedimientos se aplicarán para poder tratar los datos anonimizados o seudoanonimizados con fines de investigación científica o estadística.

(n) Ceder sus Datos Personales a Empresas del Grupo. Sanitas podrá ceder los Datos Personales del Tomador/Asegurado a las Empresas del Grupo para el envío de comunicaciones comerciales por cualquier vía, incluyendo vía electrónica, así como para fines de investigación científica o estadística para que, entre otros, Sanitas pueda anticiparse a las necesidades de salud del Tomador/Asegurado.

(o) Ceder Datos Personales a terceras empresas. Sanitas podrá ceder los Datos Personales del Asegurado a cualquier otra entidad con la que establezcan vínculos de colaboración para la efectividad de las relaciones contractuales con el Asegurado por motivo de 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. En particular, las categorías de destinatarios recibirán los Datos Personales del Asegurado se encuentran identificadas en www.sanitas.es/RGPD (Sanitas Seguros) y entre ellas constan otras entidades co/aseguradoras y reaseguradoras, corredores de seguros, entidades con las que se establezca un vínculo comercial, profesionales sanitarios, centros médicos y hospitales.

Sanitas podrá compartir meramente los datos identificativos del Tomador/Asegurado con redes sociales con el objetivo de cruzarlos con la información contenida en dichas redes sociales para entender el modo en que el Solicitante y/o Tomador/Asegurado utiliza las páginas webs y aplicaciones de Sanitas, es decir, qué páginas e información consulta y así poderle ofrecer información personalizada sobre las entidades del grupo Sanitas.

Además de lo anterior, Sanitas podrá llevar a cabo otros tratamientos de los Datos Personales en cuyo caso el Solicitante y/o Tomador/Asegurado recibirá la información necesaria en relación a dichos tratamientos y Sanitas solicitará su consentimiento si así resulta necesario.

8.4 Legitimación para el tratamiento de los Datos Personales del Tomador y Asegurados

- La **base legal** para el tratamiento de los datos para las finalidades (a); (b); (c); (d); (e); (f) y (g) es la **ejecución del contrato de prestación de servicios**.

- La **base legal** para el tratamiento de los datos para las finalidades (h) y (i) es la necesidad del **cumplimiento de una obligación legal aplicable a Sanitas**.

- La **base legal** para el tratamiento de los datos para las finalidades (j); (l); (n) y (o) es el **consentimiento** que se solicita al Solicitante y/o Tomador/Asegurado, sin que en ningún caso la retirada del mismo condicione la ejecución del contrato de prestación de servicios.

- La **base legal** para el tratamiento de los datos para la finalidad (k) es la **satisfacción del interés legítimo** perseguido por Sanitas para ser capaz de anticiparse a las necesidades del Tomador/Asegurado y poder ofrecer los productos y servicios que mejor se adaptan a éste.

- La **base legal** para el tratamiento de los datos para la finalidad (m) es la **necesidad del tratamiento para fines de investigación científica o estadística**.

El Tomador se hace responsable de comunicar a todos los Asegurados incluidos en la póliza la información contenida en la presente cláusula de tratamiento de Datos Personales para que puedan ejercitar tanto el propio Tomador como los Asegurados los derechos que se describen en el apartado "Derechos del Tomador/Asegurado".

Asimismo, el Solicitante/Tomador declara actuar en su nombre y en el de los Asegurados cuando consiente a los tratamientos descritos en la presente cláusula. Asimismo, el Solicitante/Tomador declara que los Asegurados entienden y aceptan que éste haya proporcionado o proporcione sus Datos Personales a Sanitas, como que Sanitas facilite al Solicitante/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.

8.5 Tiempo de conservación de los Datos Personales

Sanitas **conservará** los Datos Personales del Tomador y/o Asegurado por el tiempo que dure la relación contractual entre Sanitas y el Tomador y/o Asegurado y, en todo caso, durante el periodo que resulte necesario para la formulación, el ejercicio o la defensa de potenciales reclamaciones, para cumplir con obligaciones de conservación de documentación clínica y/o siempre que lo permitiera la legislación aplicable. Una vez finalizado el mencionado plazo, Sanitas se compromete a cesar el tratamiento de todos los datos personales, así como a bloquearlos debidamente. No obstante, los datos personales podrán conservarse cuando resultase necesario durante periodos más largos siempre que se traten exclusivamente con fines de asistencia sanitaria, fines médicos, de investigación científica y/o estadística.

8.6 Acceso a los Datos Personales

Una óptima prestación del servicio que Sanitas ofrece puede requerir que otros **terceros prestadores de servicios de Sanitas** accedan a los Datos Personales del Tomador/Asegurado como encargados del tratamiento. El Tomador/Asegurado entiende que algunos de dichos prestadores de servicios se encuentran **en países situados fuera del Espacio Económico Europeo o que no ofrecen un nivel de seguridad equivalente al español**. Dichas transferencias internacionales se realizan al amparo de la autorización de la Directora de la Agencia Española de Protección de Datos y/o están cubiertas por cláusulas contractuales tipo cumpliendo con las medidas de seguridad adecuadas. Puede consultar las transferencias internacionales en el siguiente link www.sanitas.es/RGPD (Sanitas Seguros). Para obtener una copia de dicha documentación, puede ponerse en

contacto con Sanitas por los medios establecidos en el apartado **"Derechos del Tomador/Asegurado"**.

Además de los accesos que terceros proveedores puedan tener a los Datos Personales responsabilidad de Sanitas en calidad de encargados de tratamiento, nacionales o internacionales, en el marco de la prestación de un servicio, Sanitas **realizará cesiones** de Datos Personales a otras entidades, tal y como se ha especificado en el apartado "Finalidad del tratamiento de sus Datos Personales".

Además de lo anterior, el Tomador/Asegurado entiende que Sanitas podrá realizar cesiones o comunicaciones de Datos Personales para atender sus obligaciones con las Administraciones Públicas en los casos que así se requiera de acuerdo con la legislación vigente en cada momento y, en su caso, igualmente a otros órganos como Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado y a los Órganos Judiciales.

Asimismo, el Tomador/Asegurado entiende que Sanitas puede solicitar, requerir y compartir sus Datos Personales y de salud a los profesionales o centros sanitarios, hospitales y, por otro lado, con entidades con las que se mantenga relación de co/reaseguro o colaboración, y por tanto entiende que será necesario que se faciliten recíprocamente sus Datos Personales, para la gestión del reaseguro, coaseguro, gestión 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.

8.7 Derechos del Tomador/Asegurado

Sanitas informa al Tomador/Asegurado sobre la posibilidad que le asiste de ejercitar los derechos de **acceso, rectificación, oposición, supresión, portabilidad y limitación del tratamiento** así como a

rechazar el tratamiento automatizado de los Datos Personales recogidos por Sanitas.

Dichos derechos podrán ser ejercitados gratuitamente por el Tomador/Asegurado, y en su caso por quien lo represente, mediante solicitud escrita y firmada, acompañada de copia de su DNI o documento equivalente que acredite su identidad, dirigida a la siguiente dirección: Calle Ribera del Loira nº 52, 28042, Madrid, España. Att. LOPD Seguros o, a través de Mi Sanitas a <http://www.sanitas.es/misanitas/online/clientes/contacto/index.html>. En el caso de representación, deberá probarse la misma mediante documento escrito y acompañando copia del DNI o documento equivalente que acredite su identidad del representado u otra documentación acreditativa que se indique en www.sanitas.es/RGPD (Sanitas Seguros).

Además de los anteriores derechos, el Tomador/Asegurado tendrá derecho a **retirar el consentimiento otorgado** en cualquier momento mediante el procedimiento antes descrito, sin que dicha retirada de consentimiento afecte a la licitud del tratamiento anterior a la retirada del mismo. Sanitas podrá continuar tratando los Datos Personales del Tomador/Asegurado en la medida en que la ley aplicable lo permita.

Sanitas recuerda al Tomador/Asegurado que tiene derecho a **presentar una reclamación ante la autoridad de control** pertinente.

El Tomador/Asegurado podrá ponerse en contacto con el **Delegado de Protección de Datos** (en adelante, "DPO") del Grupo Sanitas a través del correo electrónico "dpo@sanitas.es" o en la dirección postal en Calle Ribera del Loira 52, 28042 Madrid, España para cualquier duda o necesidad que tuviere en materia de protección de datos.

8.8 Baja en el servicio del envío de comunicaciones comerciales

Tal y como se ha mencionado en el apartado anterior, el Tomador/Asegurado tiene derecho a revocar en cualquier momento el consentimiento prestado para el envío de comunicaciones comerciales notificando a Sanitas que no desea seguir recibiendo las

mismas. Para ello, el Tomador/Asegurado podrá o bien revocar su consentimiento en la forma descrita en el apartado anterior o bien pinchar en el enlace incluido en cada comunicación comercial cancelando por tanto, el envío de comunicaciones comerciales electrónicas.

8.9 Menores de edad

Con carácter general, Sanitas solamente tratará los Datos Personales de menores de dieciocho años cuando sus padres o tutores legales hayan prestado su consentimiento para dicho tratamiento, sea necesario para la ejecución del contrato de seguro o para el cumplimiento de una obligación legal y/o para la satisfacción de un interés legítimo de Sanitas.

No obstante, de acuerdo con la normativa vigente, los mayores de 14 años (o aquella edad que pueda fijarse legalmente a estos efectos) tendrán derecho de acceso a su propia información médica y aquellos derechos que les reconozca la ley.

8.10 Modificación de la Política de Privacidad

Sanitas podrá modificar su Política de Privacidad de acuerdo con la legislación aplicable en cada momento. En todo caso, cualquier modificación de la Política de Privacidad le será debidamente notificada al Tomador/Asegurado para que quede informado de los cambios realizados en el tratamiento de sus Datos Personales y, en caso de que la normativa aplicable así lo exija, el Tomador/Asegurado pueda otorgar su consentimiento.

9. Otros

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

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

10. 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 15 de octubre de 2020

Por el Asegurado /
Tomador del seguro

Por SANITAS



Iñaki Peralta
Sanitas, S.A. de Seguros