

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.....	14
Cláusula II: Coberturas.....	14
COBERTURAS PRINCIPALES DE LA PÓLIZA.....	14
1. Asistencia primaria.....	14
1.1. Medicina Familiar.....	14
1.2. Pediatría y Puericultura.....	15
1.3. Servicio de Enfermería.....	15
2. Urgencias.....	15
Sanitas 24 horas.....	15
3. Especialidades médicas.....	15
3.1. Alergología.....	15
3.2. Análisis Clínicos.....	15
3.2.1. Estudios Genéticos.....	15
3.3. Anatomía Patológica.....	16
3.4. Anestesiología.....	16
3.5. Angiología y Cirugía Vascolar.....	16
3.6. Aparato Digestivo.....	16
3.7. Cardiología.....	17
3.8. Cirugía Cardiovascular.....	17
3.9. Cirugía General y del Aparato Digestivo.....	17
3.10. Cirugía Maxilofacial.....	17
3.11. Cirugía Ortopédica y Traumatológica.....	17
3.12. Cirugía Pediátrica.....	17
3.13. Cirugía Reparadora.....	17
3.14. Cirugía Torácica.....	18
3.15. Dermatología.....	18
3.16. Endocrinología.....	18



3.17. Geriatría.....	18
3.18. Hematología y Hemoterapia.....	18
3.19. Medicina Interna.....	18
3.20. Medicina Nuclear.....	18
3.21. Nefrología.....	19
3.22. Neumología.....	19
3.23. Neurocirugía.....	19
3.24. Neurofisiología Clínica.....	19
3.25. Neurología.....	19
3.26. Obstetricia y Ginecología.....	19
3.26.1. Cirugía de la Mama.....	20
3.26.2. Asistencia de Neonatología.....	20
3.26.3. Asistencia al recién nacido.....	20
3.27. Oftalmología.....	20
3.28. Oncología Médica.....	21
3.29. Otorrinolaringología.....	21
3.30. Psiquiatría.....	21
3.31. Radiodiagnóstico-Diagnóstico por Imagen.....	21
3.32. Radioterapia.....	22
3.33. Rehabilitación.....	22
3.34. Reumatología.....	22
3.35. Urología.....	22
4. Otros servicios asistenciales.....	23
4.1. Ambulancia.....	23
4.2. Atención Especial en Domicilio.....	23
4.3. Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matronas).....	23
4.4. Fisioterapia.....	23
4.5. Logopedia y foniatría.....	24
4.6. Nutrición.....	24
4.7. Podología (exclusivamente Quiropodia).....	24
4.8. Prótesis.....	25
4.9. Programa Materno Infantil.....	25
4.10. Psicología.....	25
4.11. Terapias respiratorias domiciliarias.....	26
5. Asistencia hospitalaria.....	26
6. Medicina preventiva.....	26
COBERTURAS ADICIONALES DE LA PÓLIZA.....	28
Cobertura de accidentes de tráfico y laborales.....	29
Cobertura de asistencia de urgencias en el extranjero.....	32

Cobertura de reembolso.....	35
Cobertura segunda opinión médica.....	38
Sanitas Dental 21.....	39
Videoconsulta de Urgencias.....	39
Programas de Salud.....	39
Complemento Digital Bluau.....	43
COBERTURAS COMPLEMENTARIAS DE LA PÓLIZA.....	50
Cobertura Clínica Universidad de Navarra.....	51
Cobertura de accidentes de tráfico y laborales.....	52
Cobertura de asistencia familiar.....	55
Cobertura de estudiantes.....	58
Cobertura de farmacia.....	68
Cobertura de óptica.....	68
Cobertura de subsidio por hospitalización.....	68
Cobertura de reembolso de consultas de pediatría, ginecología y obstetricia.....	69
Cobertura de renta.....	69
Cobertura en Estados Unidos.....	72
Sanitas Dental Premium.....	73
Complemento Digital Bluau Premium.....	73
Cobertura Digital Mente Sana.....	80
Cláusula III: Coberturas excluidas.....	85
Cláusula IV: Periodos de carencia.....	90
Cláusula V: Forma de prestar los servicios.....	91
Cláusula VI: Otros aspectos del seguro.....	98
1. Bases y pérdida de derechos del contrato.....	98
2. Edad máxima de contratación.....	99
3. Duración del seguro.....	99
4. Primas del seguro.....	99
5. Altas de recién nacidos.....	101

6. Aportación de informes.....	101
7. Reclamaciones.....	101
8. Otros aspectos legales a tener en cuenta.....	102
9. Cláusula de protección de datos.....	103
10. Jurisdicción.....	110
11. Prevención del blanqueo de capitales y de la financiación del terrorismo.....	111
12. Cómo contactar con nosotros.....	111

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, por la normativa sobre distribución de seguros, 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 Empresas Más Digital** 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.

DURACIÓN DEL SEGURO

El tiempo especificado en las Condiciones Particulares del seguro.

DURACIÓN DEL VIAJE

El tiempo que el Asegurado se ausenta de su domicilio habitual, para trasladarse de un lugar a otro.

ENTIDAD ASEGURADORA

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

EQUIPAJE

Conjunto de ropa y enseres propios para el uso de la higiene personal necesarios en el transcurso del viaje, contenidos en el interior de las maletas facturadas.

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.

GESTOR AUTORIZADO

Persona física autorizada por el Tomador del seguro para el acceso al Portal de Empresas y la gestión de la póliza.

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 CARENENCIA

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.

TERCEROS

Cualquier persona física o jurídica distinta del Tomador o Asegurado, o sus respectivos cónyuges, ascendientes o descendientes y demás familiares que convivan con alguno de ellos.

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 poco 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.

CITOSTÁTICO

Medicamento citotóxico que se emplea en quimioterapia oncológica y que es capaz de detener el desarrollo del cáncer actuando directamente sobre la integridad de las cadenas de ácido desoxirribonucleico (ADN) y la mitosis celular, inhibiendo la multiplicación celular normal, tanto de las células sanas como de las tumorales. Son un conjunto de sustancias heterogéneas que se emplean en el tratamiento antineoplásico.

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.

ENFERMEDAD PREEXISTENTES

Las padecidas o diagnosticadas con anterioridad a la fecha de efecto del seguro, y las que se producen como consecuencia de trastornos crónicos, así como sus complicaciones y recaídas.

ENFERMEDAD PSÍQUICA SÚBITA

Aquellos procesos psíquicos que se presenten de forma súbita en el transcurso de un viaje, y por causas no contempladas en las exclusiones generales (consumo de alcohol o estupefacientes, suicidio, peleas...) y / o la reagudización de enfermedades psíquicas diagnosticadas previamente, siempre que el paciente se encontrara estable y sin síntomas al inicio del viaje.

EPIDEMIA

Enfermedad que ataca a un gran número de personas o de animales en un mismo lugar y durante un mismo período de tiempo.

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

Acción de someter a una persona con una enfermedad, al control o examen necesario, con las pruebas pertinentes, ya sean con efectos de diagnóstico o terapéutico, referentes a los síntomas o alteraciones referidos en la consulta del profesional sanitario. Existen diferentes tipos de intervenciones: quirúrgicas, terapéuticas, diagnósticas. Deben ser efectuadas en todo caso 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.

RADIOFÁRMACOS: Son medicamentos que contienen una pequeña cantidad de principio activo, conocido como "trazador", que se marca con un radionúclido haciendo que emitan una dosis de radiación que se emplea tanto con fines diagnósticos como terapéuticos.

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/o profesional sanitario especializados.

Asimismo, en los invasivos 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, rehabilitación del lenguaje, endoscopia, aquellos procedimientos cubiertos que precisen láser.

MÉTODO TERAPÉUTICO SIMPLE

Se define como método terapéutico simple toda aquella prescrito por un médico del cuadro durante el acto de la consulta y para cuya realización no se precisa de un equipo de alta complejidad ni de personal médico, es realizado por personal sanitario no médico. Dentro de este epígrafe estarían incluidos las curas, los inyectables, algunos tipos de fisioterapia,...

RECIÉN NACIDO

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

PANDEMIA

Enfermedad epidémica que se extiende a muchos países o que ataca a casi todos los individuos de una localidad o región.

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 BÁSICA

Es aquella prueba fundamental para poder realizar el diagnóstico de una patología, independientemente de que esta prueba sea simple o compleja (ej: sangre oculta en heces, citología ginecológica, colonoscopia,...).

PRUEBA DIAGNÓSTICA COMPLEJA

Se define como prueba diagnóstica compleja toda 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 llevada 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.

PRUEBA DIAGNÓSTICA SIMPLE

Se define como prueba diagnóstica simple toda aquella prueba prescrita por un médico del cuadro durante el acto de la consulta y para cuya realización no se precise de equipo de alta complejidad ni interpretación específica por un especialista. Dentro de este

epígrafe estarían incluidas la analítica simple de sangre y orina y la radiología simple.

suponer la pérdida o deterioro significativo de una función, miembro, órgano del cuerpo de la misma.

PSICOLOGÍA

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

SERVICIOS A DOMICILIO

Visita en el domicilio del Asegurado y a solicitud del Asegurado por parte de médico de familia, pediatra/puericultor o 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

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. **En todo caso, dichas prestaciones son realizadas por aquellos profesionales y centros médicos y hospitales que cumplen con todos los requisitos legales para el desarrollo de su actividad profesional en el territorio nacional.**

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

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

Cláusula II: Coberturas

Las prestaciones que son objeto de esta póliza están condicionadas al cumplimiento de los periodos de carencia indicados más adelante y siempre y cuando sean patologías posteriores a la contratación de la póliza y no conocidas por el Asegurado 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 test cualitativo de anticuerpos IgE y el diagnóstico molecular de la alergia (microarrays).

3.2. Análisis Clínicos

Quedan excluidos los test de disbiosis intestinal, test intolerancia alimentaria ALCAT, test de Actividad Diaminoxidasa (DAO), kit de paneles de anticuerpos de resultado cualitativo y PCR Múltiple.

3.2.1. Estudios Genéticos

Comprende exclusivamente aquellos estudios genéticos, **en paciente afecto y sintomático, cuya finalidad sea el diagnóstico de una determinada enfermedad que no pueda ser diagnosticada por otros estudios o pruebas complementarias, o aquellos que sean imprescindibles para pautar un tratamiento (salvo los estudios genéticos excluidos expresamente en la Cláusula "Coberturas Excluidas").** También quedan excluidos de cobertura todos aquellos estudios genéticos con bajo rendimiento diagnóstico, es decir cuando la probabilidad de poder diagnosticar la enfermedad aplicando la realización del estudio genéticos sea menor del 10%. Requiere autorización previa de SANITAS tras valoración de informe médico.

Incluye el estudio de los genes BRCA 1 y BRCA 2 o el panel genético para estudio de cáncer hereditario de mama y ovario 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

Incluye el panel de 24 genes para el estudio de cáncer hereditario colorrectal en sangre periférica exclusivamente en los siguientes supuestos:

- Cáncer de colon < 50 años
- Cáncer de endometrio < 50 años
- Cáncer de tubo digestivo < 50 años
- > 5 pólipos colónicos < 45 años
- Antecedentes familiares: 2 familiares de primer grado con cáncer digestivo o cáncer endometrial < 50 años
- Antecedentes familiares: 1 familiar primer grado con cáncer colon más cáncer endometrial

Requiere autorización previa de SANITAS tras valoración de informe médico.

Incluye el estudio molecular HLA DQ2/DQ8 exclusivamente para menores de 16 años que cumplan estos tres criterios:

- con sospecha clínica fundada
- anticuerpos IgA antitranglutaminasa en sangre positivos con valores 10 veces por encima del valor normal

• anticuerpos IgA antiendomiso en sangre positivos

Incluye la determinación mediante biopsia líquida de la mutación T790M de EGFR positivo en pacientes con cáncer de pulmón no microcítico tras progresión.

Requiere autorización previa de SANITAS tras valoración de informe médico.

Queda excluido el tipaje DNA HLA clase I y II, estudio de PCA3, secuenciación genómica, estudio del exoma clínico genético completo, microarray, farmacogenética (excepto el estudio para la determinación del déficit de dihidropirimidina deshidrogenasa) y terapia génica.

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, metilación MGMT en tumores cerebrales, PIK3CA, 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 Vascular

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.

Se excluye el tratamiento de balón intragástrico y cualquier tratamiento endoscópico de obesidad.

Incluye el tratamiento con radiofrecuencia del esófago de Barrett **en displasias leves extensas de más de 5cm y displasias moderadas o de alto grado.**

Requiere autorización previa de SANITAS tras valoración de informe médico.

3.7. Cardiología

Incluye la realización de Resonancia cardiaca y resonancia cardiaca de estrés así como el medicamentación necesario para la realización de esta prueba. La determinación de Troponina queda cubierta **únicamente en régimen de ingreso hospitalario.**

Se incluye la navegación cardiaca tridimensional en electrofisiología cardiaca **exclusivamente para las siguientes indicaciones: fibrilación auricular, arritmias en cardiopatía congénita, arritmias ventriculares hereditarias y taquicardias ventriculares relacionadas con cicatriz de etiología isquémica.**

Queda excluido el hólter implantable subcutáneo.

3.8. Cirugía Cardiovascular

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

3.9. Cirugía General y del Aparato Digestivo

Incluye la cirugía por vía laparoscópica. En el tratamiento de hemorroides se incluyen las

técnicas de extirpación y láser, así como la esclerosis con el uso de bandas elásticas, **siendo estas últimas a cuenta del Asegurado.**

Queda excluida la laparoscopia 3D, la cirugía bariátrica en obesidad, 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. **Queda excluida la cirugía endoscópica de columna así como otras técnicas nuevas de reciente aparición salvo que se haya comunicado por SANITAS en escrito dirigido al Tomador su inclusión en cobertura.**

3.12. Cirugía Pediátrica

En idénticos términos y condiciones que la cirugía de adultos.

3.13. Cirugía Reparadora

Incluye la reconstrucción de la mama afectada tras mastectomía y la remodelación de la mama sana contralateral, esta última con un **límite máximo de un año** después de la cirugía oncológica.

Requiere autorización previa de SANITAS tras valoración de informe médico.

Las técnicas contempladas en la remodelación de la mama sana contralateral son exclusivamente: reducción mamaria y mastopexia.

Queda excluida cualquier otra intervención con componente estético, incluso las que se fundamenten en razones psicológicas, entre las que se encontrarían por ejemplo las cirugías de rinoseptoplastia, de diástasis de rectos así como la cirugía del lipedema.

3.14. Cirugía Torácica

Incluye un programa intensivo de fisioterapia respiratoria postoperatoria durante el ingreso tras cirugía torácica que cubre **hasta un máximo de 5 sesiones.**

Requiere autorización previa de SANITAS tras valoración de informe médico.

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.

Queda excluida la cirugía endoscópica de columna así como otras técnicas nuevas de reciente aparición salvo que se haya comunicado por SANITAS en escrito

dirigido al Tomador su inclusión en cobertura.

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 (excepto hormona antimulleriana), ecografía, histerosalpingografía e histeroscopia, solamente hasta el diagnóstico, es decir, una vez empiece el tratamiento no se cubrirá ningún servicio más relacionado con el mismo.**

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.**

Queda excluido los niveles de PLGF y SFLT1 (indicadores de preeclampsia).

Incluye rehabilitación de suelo pélvico **exclusivamente para mujeres con incontinencia urinaria moderada-severa derivada de un parto, con un límite máximo de 1 año después del parto siempre que éste haya sido autorizado por SANITAS.** Se cubre hasta un máximo de 5 sesiones por parto.

Requiere autorización previa de SANITAS tras valoración de informe médico.

La Asegurada también 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 afectada. Incluye la reconstrucción mamaria posterior y la remodelación de la mama sana contralateral, esta última con **un límite máximo de un año** después de la cirugía

oncológica, si es considerada como opción terapéutica mediante informe médico.

- 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.**

Las técnicas contempladas en la remodelación de la mama sana contralateral son exclusivamente: **reducción mamaria y mastopexia.**

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.**

Cualquier gasto derivado de la gestación por sustitución (gestación subrogada), tanto de la madre como del recién nacido, no es objeto de cobertura por la Póliza.

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 ortóptica, la pleóptica y la cirugía refractiva de cualquier tipo (para miopía, hipermetropía, presbicia 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.

Incluye los medicamentos específicamente citostáticos, **cuya comercialización se encuentre autorizada en el mercado nacional y siempre que se empleen en aquellos tratamientos para los que se encuentre expresamente indicado de conformidad con la ficha técnica del producto y cuya administración sea por vía parenteral, en tantos ciclos como sea necesario, o mediante instilación vesical.**

Incluye la quimioterapia intraperitoneal, **en el caso de carcinomatosis peritoneal por tumores de ovario o de origen digestivo; y la quimioterapia intratecal en el caso de linfomas de alto grado o carcinomatosis meníngea.**

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.**

Incluye el uso de Ioduro (131I) de sodio **para el tratamiento del hipertiroidismo y del cáncer de tiroides, así como el uso de**

Citrato de ytrio (90Y) para la sinovirtosis radioisotópica.

Incluye el estudio para descartar déficit de dihidropirimidina deshidrogenasa en pacientes candidatos a tratamiento con dihidropirimidina por vía parenteral.

Quedan expresamente excluidos de cobertura asegurada los tratamientos experimentales, los de uso compasivo, la terapia hormonal, los inmunoestimulantes, los inmunosupresores, la terapia génica y los realizados para indicaciones no recogidas en la ficha técnica del medicamento.

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 cardiaca y para evaluación de stents o injertos coronarios.**

Requiere autorización previa de SANITAS tras valoración de informe médico.

Queda excluida la valoración del score cálcico.

3.32. Radioterapia

Es objeto de cobertura la radioterapia exclusivamente para procesos oncológicos y **únicamente a través de las siguientes técnicas: radioterapia de intensidad modulada (IMRT), radioterapia externa**

conformacional 3D, radioterapia estereotáxica cerebral y corporal (IGRT/SBRT), radioterapia intraoperatoria y braquiterapia.

Se excluye la protonterapia y neutronterapia así como otras técnicas distintas de las mencionadas expresamente salvo que se haya comunicado por SANITAS en escrito dirigido al Tomador su inclusión en cobertura.

Precisa autorización previa y por escrito de SANITAS tras valoración con informe médico facilitado por el Asegurado.

Se excluye la radioembolización con esferas.

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 inferior 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 **exclusivamente cuando tras la realización de una RM multiparamétrica el resultado es PIRADS 4 o PIRADS 5.**

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. Solamente hasta el diagnóstico, es decir, una vez empiece el tratamiento no se cubrirá ningún servicio más relacionado con el mismo.**

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, cuando la patología del enfermo requiera cuidados especiales sin llegar a precisar ingreso hospitalario ni equipamiento especializado, **siempre previa prescripción del médico y autorización de SANITAS tras valoración con informe médico facilitado por el Asegurado. La medicación, el material y el equipamiento siempre será por cuenta del Asegurado. 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 o la pared/musculatura abdominal que no realizan dicha función, y siempre que no se trate de un proceso crónico (más de 6 meses de evolución) o degenerativo, hasta la mayor recuperación funcional posible del paciente, determinada por su médico rehabilitador y realizada por fisioterapeutas titulados y colegiados.

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, para la recuperación inmediata tras una cirugía torácica, un infarto agudo de miocardio o una cirugía con circulación extracorpórea.**

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

Incluye la rehabilitación de suelo pélvico **exclusivamente con los criterios recogidos en el apartado de Obstetricia y Ginecología.**

Queda excluida la rehabilitación de origen neurológico, la atención temprana, la terapia ocupacional, rehabilitación cardíaca en régimen ambulatorio, rehabilitación respiratoria salvo postcirugía torácica en ingresados, rehabilitación de la articulación temporomandibular, la rehabilitación vestibular, rehabilitación en medios acuáticos, rehabilitación oftalmológica o aquellas que usen equipamiento robótico.

Queda excluido cualquier tipo de tratamiento de fisioterapia a domicilio.

Quedan excluidos los tratamientos de fisioterapia y rehabilitación cuando hayan conseguido la recuperación funcional, o el máximo posible de ésta, o cuando se convierta en terapia de mantenimiento, así como la rehabilitación neuropsicológica o estimulación cognitiva.

4.5. Logopedia y foniatría

Requiere siempre autorización previa de SANITAS tras valoración de informe médico y debe estar prescrita por un especialista en otorrinolaringología (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

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. Podología (exclusivamente Quiropodia)

Se cubre **exclusivamente** quiropodia **entendiendo como tal el tratamiento para la eliminación de callosidades y alteraciones en las uñas de los pies practicado por un podólogo.**

Limitado a 12 sesiones como máximo del tratamiento por Asegurado y anualidad del seguro.

4.8. Prótesis

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

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

1. Oftalmología: incluye **exclusivamente la lente intraocular monofocal simple, excluida la tórica, la lente monofocal plus, la lente de foco extendido y cualquier otro modelo de lente monofocal avanzada,** 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, que requerirá autorización expresa de SANITAS tras valoración de informe médico; válvulas cardíacas, **con exclusión de las válvulas o dispositivos de reparación valvular implantadas por vía percutánea o**

transapical; 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; endoprótesis ureteral; sistemas de suspensión urológica; sistemas de derivación de líquido cefalorraquídeo (hidrocefalia); prótesis testicular, 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.

4.9. Programa Materno Infantil

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

4.10. Psicología

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

Asimismo comprende el diagnóstico psicológico simple. Los test psicométricos, **serán por cuenta del Asegurado.**

Comprende hasta un máximo de 4 consultas al mes y con un límite de 20 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.

4.11. Terapias respiratorias domiciliarias

Comprende exclusivamente los siguientes tratamientos:

a) Oxigenoterapia: líquida, con concentrador y gaseosa.

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

Excluye el concentrador de oxígenos 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 **siempre que se empleen de conformidad con las indicaciones que figuran en la ficha técnica del producto, excepto medicación que no cuente con autorización para su comercialización en España**) y estancias con la manutención del enfermo.

Se excluye el uso de radiofármacos con fines terapéuticos excepto el uso del Ioduro (131I) de sodio para el tratamiento del cáncer de tiroides.

Excluye la asistencia por motivos de tipo social.

6. Medicina preventiva

Incluye programas aplicados a poblaciones sanas que contemplan diferentes actividades como consulta médica, exploración física y pruebas diagnósticas básicas prescritas por el especialista correspondiente, para el diagnóstico precoz de enfermedades:

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

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

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

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

1. OBJETO DE LA COBERTURA COMPLEMENTARIA DE ACCIDENTES DE TRAFICO Y LABORALES

1.1 Asistencia sanitaria

SANITAS cubrirá, en los términos y condiciones establecidos en la presente cobertura complementaria así como en las condiciones generales y particulares de la 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.

1.2 Asistencia familiar y personal

Las garantías de **Asistencia familiar y personal indicadas a continuación en la presente cláusula**, estarán cubiertas desde el primer día, cuando el asegurado sufra un accidente de tráfico o accidente de trabajo que suponga por prescripción médica una hospitalización o inmovilizado en su domicilio.

1.2.1. Auxiliar a domicilio

Envío de un auxiliar de ayuda a domicilio para ayudar al Asegurado con las tareas básicas del domicilio (limpieza, lavado y

planchado, preparación de comidas, etc) hasta un **máximo de 90 horas a razón de un mínimo de 2 horas continuas por día** contando desde el primer día. Estas horas serán distribuidas durante un **periodo máximo de 3 meses**.

El número de horas de la prestación se asignará en base a una valoración objetiva del grado de autonomía del solicitante, valorándose aspectos tales como el tiempo efectivo de inmovilización o la incapacidad para desarrollar las labores básicas, la gravedad de las lesiones del Asegurado o el número de miembros dependientes en la unidad familiar.

El prestador se reserva el derecho de solicitar al Asegurado el informe y pruebas médicas que se le hayan realizado, las cuales serán valoradas por un equipo médico, quien determinará y valorará el grado de incapacidad del Asegurado y, en consecuencia, las horas de auxiliar a domicilio necesarias.

La garantía de Auxiliar a domicilio **no es acumulable en el caso de que existan varios lesionados o inmovilizados en el domicilio dentro de la misma unidad familiar**.

La presente garantía debe entenderse como prestación complementaria a la garantía de Asistencia Personal indicada más adelante en la presente cláusula, no siendo acumulables las horas de prestación de cada una de ellas.

1.2.2. Auxiliar a domicilio para el cuidado de los hijos menores de 16 años o discapacitados

Envío de un auxiliar de ayuda a domicilio para el cuidado de los hijos menores de 16 años o discapacitados, estableciéndose el número de horas en base al tiempo efectivo de inmovilización y la gravedad de las lesiones del Asegurado, siendo el **mínimo diario de 2 horas continuadas al día desde el primer día, y hasta un máximo total de 90 horas distribuidas durante el periodo máximo de 3 meses**.

Esta garantía es excluyente en relación a la garantía denominada “Traslados de los hijos menores de 16 años o discapacitados”.

1.2.3. Traslado de los hijos menores de 16 años o discapacitados

Traslado de los hijos menores de 16 años en avión de línea regular (clase turista), tren (1ª clase) o taxi hasta el domicilio del familiar por el Asegurado en España.

Esta garantía **es excluyente en relación a la garantía denominada, “Auxiliar a Domicilio para el Cuidado de los hijos menores de 16 años o discapacitados”.**

1.2.4. Auxiliar a domicilio para el cuidado de los ascendientes en primer grado

Envío de auxiliar de ayuda a domicilio para el cuidado de los ascendientes en primer grado que convivan en el mismo domicilio del Asegurado y se encuentren en situación de dependencia según la legislación vigente.

Hasta un máximo de 90 horas, a distribuir en un periodo máximo de tres meses consecutivos, a razón de un mínimo de 2 horas continuas por día contando desde el primer día.

El número de horas de la prestación se asignará en base a una valoración objetiva del grado de autonomía del solicitante, valorándose aspectos tales como el tiempo efectivo de inmovilización o la incapacidad para desarrollar las labores básicas, la gravedad de las lesiones del Asegurado y el número de miembros dependientes de la unidad familiar.

El prestador se reserva el derecho de solicitar al Asegurado el informe y pruebas médicas que se le hayan realizado.

La garantía de auxiliar a domicilio para cuidado de ascendientes **no es acumulable en el caso de que existiesen varios lesionados o inmovilizados en el domicilio dentro de la misma unidad familiar.**

Esta garantía **es excluyente en relación a la garantía denominada “Desplazamiento de un familiar para el cuidado de ascendientes en primer grado” y “Traslados de los ascendientes en primer grado”.**

1.2.5. Desplazamiento de un familiar para el cuidado de los ascendientes en primer grado

Traslado del familiar designado por el Asegurado hasta el domicilio del mismo en avión de línea regular (clase turista), tren (1ª clase) o taxi, para el cuidado de los ascendientes en primer grado que convivan en el mismo domicilio del Asegurado y se encuentren en situación de dependencia según la legislación vigente. Incluye billete de ida y vuelta.

Esta garantía **es excluyente en relación a la garantía denominada “Auxiliar a domicilio para cuidado de los ascendientes en primer grado” y “Traslados de los ascendientes en primer grado”.**

1.2.6. Traslado de los ascendientes en primer grado

Traslado en avión de línea regular (clase turista), tren (1ª clase) o taxi hasta el domicilio del familiar designado por el Asegurado en España de los ascendientes en primer grado que convivan en el mismo domicilio del Asegurado y se encuentren en situación de dependencia según la legislación vigente. Incluye billete de ida y vuelta.

Esta garantía **es excluyente en relación a la garantía denominada “Auxiliar a domicilio para cuidado de los ascendientes en primer grado” y “Desplazamiento de un familiar para el cuidado de ascendientes en primer grado”.**

1.2.7. Asistencia personal

El Prestador organizará y se hará cargo de la localización, envío y coste de un auxiliar de

asistencia personal, para la atención al asegurado, al margen de las tareas domésticas, cuando éste precise de cuidados de carácter personal, **hasta un máximo de 90 horas a razón de un mínimo de 2 horas continuadas por día contando desde el primer día a distribuir en tres meses consecutivos.**

A modo enunciativo, las prestaciones contenidas en esta garantía son:

- Apoyo en la higiene, arreglo personal, ducha y/o baño
- Ayuda personal para el vestido, calzado y la alimentación
- Transferencias, traslados y movilización dentro del hogar
- Ayuda para la ingestión de alimentos
- Ayuda en la toma de medicación prescrita por el centro de salud
- Cuidados básico a personas incontinentes
- Fomento de hábitos de higiene y orden

En ningún caso, esta garantía deberá entenderse como prestaciones de personal sanitario en el domicilio tales como Enfermería, Especialidades Médicas, Fisioterapia, Rehabilitación, Ergoterapia, etc.

El número de horas de la prestación se asignará en base a una valoración objetiva del grado de autonomía del Asegurado, valorándose aspectos tales como el tiempo efectivo de inmovilización o la incapacidad para desarrollar las labores básicas, la gravedad de las lesiones del Asegurado o el número de miembros dependientes en la unidad familiar.

En todo caso Prestador se reserva el derecho de solicitar al Asegurado el informe y pruebas médicas que se le hayan realizado.

La presente garantía debe entenderse como garantía complementaria a la garantía denominada, "Auxiliar a Domicilio", **no siendo acumulables las horas de prestación de cada una de ambas garantías.**

1.2.8. Atención Psicológica

A petición del Asegurado, el Prestador ofrecerá orientación y asesoramiento de tipo psicológico en situaciones de tensión emocional, malestar, dudas o preocupaciones motivadas por un accidente de tráfico o laboral. Tiene por objetivo proporcionar apoyo para encontrar la vía de solución de determinados problemas o conflictos a través de medios propios o con ayuda de profesionales.

El servicio psicológico del Prestador aconsejará, a la vista de los datos de la solicitud del servicio, lo que estime oportuno y orientará al Asegurado para una mejora de su estado psicológico/emocional.

En ningún caso el servicio de orientación psicológica diagnosticará ni prescribirá tratamiento alguno.

El Prestador organizará y tomará a su cargo hasta un **máximo de 3 sesiones telefónicas y 3 sesiones presenciales, de 1 hora de duración.**

2. TERRITORIALIDAD

Las garantías que son objeto de esta cobertura complementaria serán de aplicación en el territorio español para Asegurados con domicilio en el mismo, aunque el accidente o enfermedad se hubiese producido fuera de España.

3. UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS

Para la utilización de la garantía de asistencia sanitaria que es objeto de esta cobertura complementaria deberá de actuarse del modo establecido en las condiciones generales de la póliza de la cual estas condiciones especiales forman parte.

Para la utilización de la garantía de asistencia familiar y personal que es objeto de esta cobertura complementaria el Asegurado deberá contactar con dicha entidad en el teléfono 91 353 63 48 en el menor plazo posible desde el conocimiento del accidente.

4. PERIODOS DE CARENCIA

No existen periodos de carencia en relación con las garantías aseguradas que son objeto de esta cobertura complementaria.

5. EXCLUSIONES GENERALES

Quedan excluidos de las garantías Aseguradas por la presente cobertura complementaria los daños, situaciones, gastos y consecuencias derivadas de:

5.1 La conducta dolosa del Asegurado.

5.2 La reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva, química o biológica, directa o indirectamente.

5.3 Los hechos que por su magnitud o gravedad sean calificados por la autoridad competente de catastróficos.

5.4 El conflicto armado, aunque no hubiera estado precedido por una declaración oficial de guerra.

5.5. Los riesgos extraordinarios, aun cuando el siniestro hubiere finalizado, así como situaciones de carácter extraordinario tales como fenómenos de la naturaleza (inundación, terremoto, erupción volcánica, tempestad ciclónica atípica, caída de cuerpos siderales o aerolitos).

5.6. La asistencia derivada de enfermedades, lesiones, malformaciones o defectos derivados de competiciones deportivas.

6. DURACIÓN Y PRIMA DE LA COBERTURA COMPLEMENTARIA

La duración de la presente cobertura complementaria coincidirá con la de la póliza de la cual forma parte integrante sin perjuicio de poder solicitar el tomador de la misma la extinción exclusivamente de esta cobertura complementaria al vencimiento de cada anualidad de la póliza comunicándoselo a los asegurados con al menos un mes de antelación a la fecha de vencimiento.

La prima correspondiente a la presente cobertura complementaria será la establecidas en las condiciones particulares 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 acudirán 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 o enfermedad ya conocida antes de la fecha de la iniciación del viaje, a menos que sea una complicación clara o imprevisible; los tratamientos prescritos en España;
- 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 300€ 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

12.000€ por persona y año.

2. Traslado de enfermos o heridos al lugar de asistencia

¿Qué incluye?

SANITAS tomará a su cargo dicho traslado bajo observación médica hasta el punto de

asistencia en el que sea posible efectuar el tratamiento

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

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

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

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

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

5. Traslado en caso de fallecimiento

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

6. Regreso anticipado de los familiares Asegurados acompañantes

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

7. Acompañamiento de menores

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

8. Búsqueda y localización de equipajes y efectos personales

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

9. Envío de documentos y objetos personales al extranjero

SANITAS organizará y tomará a su cargo el coste del envío de los objetos imprescindibles para el transcurso del viaje y olvidados en el domicilio antes del inicio del mismo (lentillas, prótesis, gafas, tarjetas de crédito, carnet de conducir, D.N.I. y pasaporte). Esta prestación se extiende

igualmente al envío a domicilio, de estos mismos objetos cuando hayan sido olvidados durante su viaje o recuperados después de un robo durante el mismo.

SANITAS únicamente asumirá la organización del envío, así como el coste de éste para paquetes de un peso máximo 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 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, salvo aquellos servicios médicos, objeto de cobertura asegurada por esta póliza, que únicamente se presten a través de la modalidad de cuadro médico o reembolso y así se indique expresamente en sus Condiciones Particulares. 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 todo caso, dichas prestaciones deberán ser realizadas por aquellos profesionales y centros médicos y hospitales que cumplan con todos los requisitos legales para el desarrollo de su actividad profesional en el país en donde ésta se realice.

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.

En caso de que el Asegurado disponga de las coberturas de reembolso y de urgencias en el extranjero, cuando haga uso de esta última y siempre que se exceda del límite de capital asegurado previsto para dicha cobertura, el Asegurado podrá solicitar el reembolso del exceso de gastos en los que haya podido incurrir, en los términos y dentro de los límites y porcentajes específicos establecidos en las Condiciones Particulares.

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. En partos o cesáreas el límite incluye: honorarios médicos, matronas, anestesistas, utilización de quirófano, material y medicamentos, estancias en U.V.I. o U.C.I.

maternas, 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, (laparoscopia, 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

sinistro, 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.

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:

- **Vasectomía y ligadura de trompas:** 10 meses
- **Psicología:** 6 meses
- **Pruebas diagnósticas complejas:** 6 meses
- **Los métodos terapéuticos complejos según vienen definidos en el glosario:** 10 meses
- **Intervenciones quirúrgica del Grupo 0 al II según clasificación de la Organización Médica Colegial:** 3 meses
- **Parto o cesárea salvo parto prematuro (menos de 37 semanas):** 8 meses
- **Hospitalización e intervenciones quirúrgica del Grupo III al VIII según clasificación de la Organización Médica Colegial:** 10 meses

2. EDAD MÁXIMA DE CONTRATACIÓN DE ESTE COMPLEMENTO

La edad máxima de contratación es 35 64 años. Tan solo podrán incluirse en concepto de Asegurados en la póliza quienes a la fecha de inclusión tengan una edad por debajo de los 35 64 años, salvo pacto en contrario y sin perjuicio de la edades máximas que se puedan fijar en su caso para las distintas coberturas adicionales o complementarias de esta Póliza.

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 el teléfono 93 25 40 538 donde se le explicará el procedimiento a seguir y la documentación a remitir, que comprenderá información médica escrita, radiografías u otros diagnósticos por imagen realizados excluyendo cualquier envío de material biológico o sintético. El expediente se hará llegar, con la debida confidencialidad, al especialista o centro correspondiente según la enfermedad de que se trate.

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

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

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

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

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

Sanitas Dental 21

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 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.

Videoconsulta de Urgencias

Aquellos asegurados que deseen utilizar el servicio de urgencias a través de videoconsulta deberán:

- Registrarse en el área reservada a los clientes denominada "MI SANITAS" a la cual puede acceder a través de la App o el sitio web www.sanitas.es.
- A través del servicio de videoconsulta el Asegurado no podrá elegir el facultativo sino que éste será el disponible en el momento en que se solicite la consulta.
- La videoconsulta no sustituye en ningún caso a la consulta presencial sino que sirve exclusivamente como herramienta auxiliar en el proceso de diagnóstico y tratamiento del paciente, motivo por el cual el facultativo puede requerir al Asegurado para que acuda a consulta presencial en aquellos casos que lo considere oportuno.

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 estas 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 sería 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.

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

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.

Complemento Digital Blauu

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 estas 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.

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

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 podrá poner a disposición del Asegurado nuevas coberturas digitales relacionadas con el cuidado de la salud adicionales o en sustitución de las que son objeto de esta póliza. El alcance de cobertura asegurada de las mismas con sus límites y exclusiones constará reflejada en el área privada Mi Sanitas en www.sanitas.es o a través de la app móvil debiendo los asegurados proceder a la aceptación de dichas condiciones con anterioridad a su utilización.

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. Tendrá 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 el 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" 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 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
- 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 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.

2. DURACIÓN

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

3. RIESGOS EXCLUIDOS

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

- **No será objeto de cobertura ninguna analítica que no se acompañe de una prescripción realizada por un médico.**
- **Las coberturas excluidas en las condiciones generales y particulares de la póliza**

Reembolso de farmacia

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.

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. Quedan excluidos 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. 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.

Urgencias por videoconsulta

Aquellos asegurados que deseen utilizar el servicio de urgencias a través de videoconsulta deberán:

- Registrarse en el área reservada a los clientes denominada "MI SANITAS" a la cual puede acceder a través de la App o el sitio web www.sanitas.es.
- A través del servicio de videoconsulta el Asegurado no podrá elegir el facultativo sino que éste será el disponible en el momento en que se solicite la consulta.
- La videoconsulta no sustituye en ningún caso a la consulta presencial sino que sirve exclusivamente como herramienta auxiliar en el proceso de diagnóstico y tratamiento del paciente, motivo por el cual el facultativo puede requerir al Asegurado para que acuda a consulta presencial en aquellos casos que lo considere oportuno.

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 Clínica Universidad de Navarra

1. OBJETO DE LA COBERTURA

Permitir el acceso de los Asegurados a los siguientes hospitales pertenecientes a la Clínica Universidad de Navarra:

- El Hospital en Navarra, situado en Avda. de Pío XII, 36, Pamplona. **Su inclusión en el cuadro médico de la Póliza se produce en la fecha de efecto de la presente cobertura complementaria.**
- El Hospital en Madrid, situado en calle del Marquesado de Santa Marta, 5. **Su inclusión en el cuadro médico de la Póliza se produce en la fecha de efecto de la presente cobertura complementaria.**

Ambos hospitales se denominarán conjuntamente en adelante los "Hospitales de la Clínica".

Alcance de la cobertura:

El Asegurado con residencia habitual en Navarra, Cantabria o en La Rioja no podrá contratar el Complemento CUN.

En las Condiciones Particulares de la Póliza, en adelante "la Póliza", figurarán identificados aquellos Asegurados que resulten beneficiarios de la presente cobertura complementaria.

Dichos Asegurados podrán acudir bajo la cobertura de la Póliza a los Hospitales de la Clínica, para aquellas especialidades médicas que sean concertadas por SANITAS

para cada Hospital, y que figurarán especificadas en cada momento en la Guía orientadora de médicos y servicios de la Póliza.

Al presente complemento le resultarán de aplicación **los periodos de carencia establecidos en el Condicionado General** de la Póliza.

Las prestaciones aseguradas serán en todo caso las garantizadas por la Póliza bajo la modalidad de cuadro médico concertado y en los mismos términos, (incluyendo sus límites, exclusiones, franquicias, copagos, etc.), establecidos en el condicionado de la Póliza para cualquier otro centro de dicho cuadro médico. En ningún caso se prestarán dichas coberturas bajo la modalidad de reembolso de gastos.

2. DURACIÓN

La presente cobertura complementaria entra en vigor en la fecha de efecto específicamente indicada en las Condiciones Particulares de la Póliza, y su extinción coincidirá con la fecha de vencimiento de la Póliza.

Llegada la fecha de vencimiento de la cobertura complementaria, ésta se prorrogará por anualidades sucesivas en los mismos términos establecidos en las Condiciones Generales de la Póliza. En todo caso, el Tomador y SANITAS podrán oponerse a la prórroga de la cobertura complementaria mediante notificación escrita a la otra parte, efectuada con antelación no inferior a dos meses a la fecha de vencimiento de la cobertura si es SANITAS quien realiza dicha notificación, y de un mes si es el Tomador quien la realiza.

La extinción de la Póliza implicará la extinción de la presente cobertura complementaria. Serán igualmente causas de extinción de la presente cobertura las contempladas en las Condiciones Generales de la Póliza, incluyendo el impago de la prima de seguro, o mensualidad o fracción de la misma, correspondiente a esta cobertura complementaria.

En caso de finalización del acuerdo entre la CUN y SANITAS o exclusión de alguna o varias de las especialidades médicas concertadas, dicha circunstancia implicará la baja inmediata del complemento o de la especialidad de que se trate respectivamente, sin que por ese motivo exista derecho a solicitar indemnización por ningún concepto contando los Asegurados con alternativa médica asistencial en cualquier otro centro del cuadro médico de SANITAS en los términos establecidos en la póliza.

3. PRIMA DEL SEGURO

En caso de establecerse en las Condiciones Generales o Particulares de la Póliza franquicias o participación en gasto en relación a determinadas prestaciones aseguradas, los mismos se aplicarán igualmente y en idénticos términos en caso de acudir el Asegurado a los Hospitales de la Clínica objeto de esta cobertura complementaria.

4. APLICACIÓN DEL CONDICIONADO DE LA PÓLIZA

En todo lo no previsto expresamente en el presente complemento, **será de aplicación subsidiaria a la cobertura complementaria y a las prestaciones aseguradas que se lleven a cabo en o por los Hospitales de la Clínica lo previsto en el Condicionado General y Particular de la Póliza, con sus límites y exclusiones de cobertura asegurada, forma de prestar los servicios y en general los restantes términos estipulados en el condicionado de la Póliza.**

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.

1. OBJETO DE LA COBERTURA COMPLEMENTARIA DE ACCIDENTES DE TRAFICO Y LABORALES

1.1 Asistencia sanitaria

SANITAS cubrirá, en los términos y condiciones establecidos en la presente cobertura complementaria así como en las condiciones generales y particulares de la 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.

1.2 Asistencia familiar y personal

Las garantías de **Asistencia familiar y personal indicadas a continuación en la presente cláusula**, estarán cubiertas desde el primer día, cuando el asegurado sufra un accidente de tráfico o accidente de trabajo que suponga por prescripción médica una hospitalización o inmovilizado en su domicilio.

1.2.1. Auxiliar a domicilio

Envío de un auxiliar de ayuda a domicilio para ayudar al Asegurado con las tareas básicas del domicilio (limpieza, lavado y planchado, preparación de comidas, etc) hasta un **máximo de 90 horas a razón de un mínimo de 2 horas continuas por día** contando desde el primer día. Estas horas serán distribuidas durante un **periodo máximo de 3 meses**.

El número de horas de la prestación se asignará en base a una valoración objetiva del grado de autonomía del solicitante, valorándose aspectos tales como el tiempo efectivo de inmovilización o la incapacidad

para desarrollar las labores básicas, la gravedad de las lesiones del Asegurado o el número de miembros dependientes en la unidad familiar.

El prestador se reserva el derecho de solicitar al Asegurado el informe y pruebas médicas que se le hayan realizado, las cuales serán valoradas por un equipo médico, quien determinará y valorará el grado de incapacidad del Asegurado y, en consecuencia, las horas de auxiliar a domicilio necesarias.

La garantía de Auxiliar a domicilio **no es acumulable en el caso de que existan varios lesionados o inmovilizados en el domicilio dentro de la misma unidad familiar.**

La presente garantía debe entenderse como prestación complementaria a la garantía de Asistencia Personal indicada más adelante en la presente cláusula, no siendo acumulables las horas de prestación de cada una de ellas.

1.2.2. Auxiliar a domicilio para el cuidado de los hijos menores de 16 años o discapacitados

Envío de un auxiliar de ayuda a domicilio para el cuidado de los hijos menores de 16 años o discapacitados, estableciéndose el número de horas en base al tiempo efectivo de inmovilización y la gravedad de las lesiones del Asegurado, siendo el **mínimo diario de 2 horas continuadas al día desde el primer día, y hasta un máximo total de 90 horas distribuidas durante el periodo máximo de 3 meses.**

Esta garantía es excluyente en relación a la garantía denominada "Traslados de los hijos menores de 16 años o discapacitados".

1.2.3. Traslado de los hijos menores de 16 años o discapacitados

Traslado de los hijos menores de 16 años en avión de línea regular (clase turista), tren (1ª clase) o taxi hasta el domicilio del familiar por el Asegurado en España.

Esta garantía **es excluyente en relación a la garantía denominada, "Auxiliar a Domicilio para el Cuidado de los hijos menores de 16 años o discapacitados"**.

1.2.4. Auxiliar a domicilio para el cuidado de los ascendientes en primer grado

Envío de auxiliar de ayuda a domicilio para el cuidado de los ascendientes en primer grado que convivan en el mismo domicilio del Asegurado y se encuentren en situación de dependencia según la legislación vigente.

Hasta un máximo de 90 horas, a distribuir en un periodo máximo de tres meses consecutivos, a razón de un mínimo de 2 horas continuas por día contando desde el primer día.

El número de horas de la prestación se asignará en base a una valoración objetiva del grado de autonomía del solicitante, valorándose aspectos tales como el tiempo efectivo de inmovilización o la incapacidad para desarrollar las labores básicas, la gravedad de las lesiones del Asegurado y el número de miembros dependientes de la unidad familiar.

El prestador se reserva el derecho de solicitar al Asegurado el informe y pruebas médicas que se le hayan realizado.

La garantía de auxiliar a domicilio para cuidado de ascendientes **no es acumulable en el caso de que existiesen varios lesionados o inmovilizados en el domicilio dentro de la misma unidad familiar.**

Esta garantía **es excluyente en relación a la garantía denominada "Desplazamiento de un familiar para el cuidado de ascendientes en primer grado" y "Traslados de los ascendientes en primer grado"**.

1.2.5. Desplazamiento de un familiar para el cuidado de los ascendientes en primer grado

Traslado del familiar designado por el Asegurado hasta el domicilio del mismo en

avión de línea regular (clase turista), tren (1ª clase) o taxi, para el cuidado de los ascendientes en primer grado que convivan en el mismo domicilio del Asegurado y se encuentren en situación de dependencia según la legislación vigente. Incluye billete de ida y vuelta.

Esta garantía **es excluyente en relación a la garantía denominada “Auxiliar a domicilio para cuidado de los ascendientes en primer grado” y “Traslados de los ascendientes en primer grado”.**

1.2.6. Traslado de los ascendientes en primer grado

Traslado en avión de línea regular (clase turista), tren (1ª clase) o taxi hasta el domicilio del familiar designado por el Asegurado en España de los ascendientes en primer grado que convivan en el mismo domicilio del Asegurado y se encuentren en situación de dependencia según la legislación vigente. Incluye billete de ida y vuelta.

Esta garantía **es excluyente en relación a la garantía denominada “Auxiliar a domicilio para cuidado de los ascendientes en primer grado” y “Desplazamiento de un familiar para el cuidado de ascendientes en primer grado”.**

1.2.7. Asistencia personal

El Prestador organizará y se hará cargo de la localización, envío y coste de un auxiliar de asistencia personal, para la atención al asegurado, al margen de las tareas domésticas, cuando éste precise de cuidados de carácter personal, **hasta un máximo de 90 horas a razón de un mínimo de 2 horas continuadas por día contando desde el primer día a distribuir en tres meses consecutivos.**

A modo enunciativo, las prestaciones contenidas en esta garantía son:

- Apoyo en la higiene, arreglo personal, ducha y/o baño
- Ayuda personal para el vestido, calzado y la alimentación

- Transferencias, traslados y movilización dentro del hogar
- Ayuda para la ingestión de alimentos
- Ayuda en la toma de medicación prescrita por el centro de salud
- Cuidados básico a personas incontinentes
- Fomento de hábitos de higiene y orden

En ningún caso, esta garantía deberá entenderse como prestaciones de personal sanitario en el domicilio tales como Enfermería, Especialidades Médicas, Fisioterapia, Rehabilitación, Ergoterapia, etc.

El número de horas de la prestación se asignará en base a una valoración objetiva del grado de autonomía del Asegurado, valorándose aspectos tales como el tiempo efectivo de inmovilización o la incapacidad para desarrollar las labores básicas, la gravedad de las lesiones del Asegurado o el número de miembros dependientes en la unidad familiar.

En todo caso Prestador se reserva el derecho de solicitar al Asegurado el informe y pruebas médicas que se le hayan realizado.

La presente garantía debe entenderse como garantía complementaria a la garantía denominada, “Auxiliar a Domicilio”, **no siendo acumulables las horas de prestación de cada una de ambas garantías.**

1.2.8. Atención Psicológica

A petición del Asegurado, el Prestador ofrecerá orientación y asesoramiento de tipo psicológico en situaciones de tensión emocional, malestar, dudas o preocupaciones motivadas por un accidente de tráfico o laboral. Tiene por objetivo proporcionar apoyo para encontrar la vía de solución de determinados problemas o conflictos a través de medios propios o con ayuda de profesionales.

El servicio psicológico del Prestador aconsejará, a la vista de los datos de la solicitud del servicio, lo que estime oportuno y orientará al Asegurado para una mejora de su estado psicológico/emocional.

En ningún caso el servicio de orientación psicológica diagnosticará ni prescribirá tratamiento alguno.

El Prestador organizará y tomará a su cargo hasta un **máximo de 3 sesiones telefónicas y 3 sesiones presenciales, de 1 hora de duración.**

2. TERRITORIALIDAD

Las garantías que son objeto de esta cobertura complementaria serán de aplicación en el territorio español para Asegurados con domicilio en el mismo, aunque el accidente o enfermedad se hubiese producido fuera de España.

3. UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS

Para la utilización de la garantía de asistencia sanitaria que es objeto de esta cobertura complementaria deberá de actuarse del modo establecido en las condiciones generales de la póliza de la cual estas condiciones especiales forman parte.

Para la utilización de la garantía de asistencia familiar y personal que es objeto de esta cobertura complementaria el Asegurado deberá contactar con dicha entidad en el teléfono 91 353 63 48 en el menor plazo posible desde el conocimiento del accidente.

4. PERIODOS DE CARENCIA

No existen periodos de carencia en relación con las garantías aseguradas que son objeto de esta cobertura complementaria.

5. EXCLUSIONES GENERALES

Quedan excluidos de las garantías Aseguradas por la presente cobertura complementaria los daños, situaciones, gastos y consecuencias derivadas de:

5.1 La conducta dolosa del Asegurado.

5.2 La reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva, química o biológica, directa o indirectamente.

5.3 Los hechos que por su magnitud o gravedad sean calificados por la autoridad competente de catastróficos.

5.4 El conflicto armado, aunque no hubiera estado precedido por una declaración oficial de guerra.

5.5. Los riesgos extraordinarios, aun cuando el siniestro hubiere finalizado, así como situaciones de carácter extraordinario tales como fenómenos de la naturaleza (inundación, terremoto, erupción volcánica, tempestad ciclónica atípica, caída de cuerpos siderales o aerolitos).

5.6. La asistencia derivada de enfermedades, lesiones, malformaciones o defectos derivados de competiciones deportivas.

6. DURACIÓN Y PRIMA DE LA COBERTURA COMPLEMENTARIA

La duración de la presente cobertura complementaria coincidirá con la de la póliza de la cual forma parte integrante sin perjuicio de poder solicitar el tomador de la misma la extinción exclusivamente de esta cobertura complementaria al vencimiento de cada anualidad de la póliza comunicándose a los asegurados con al menos un mes de antelación a la fecha de vencimiento.

La prima correspondiente a la presente cobertura complementaria será la establecidas en las condiciones particulares de la póliza.

Cobertura de asistencia familiar

1. OBJETO DE LA COBERTURA

Asistencia Familiar es una cobertura complementaria a la póliza de asistencia sanitaria cuyas garantías se encontrarán cubiertas cuando el Asegurado requiera de una **hospitalización de más de 48 horas, o**

se encuentre inmovilizado en su domicilio **durante más de 5 días** por convalecencia con baja médica o documento equivalente certificado, o por fallecimiento del mismo como consecuencia de accidente o enfermedad.

2. TERRITORIALIDAD

Las garantías de Asistencia Familiar serán de aplicación en el territorio español para Asegurados con domicilio en el mismo, aunque el accidente o enfermedad se hubiese producido fuera de España.

3. UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS

Para la utilización de los servicios, el Asegurado debe estar al corriente de sus obligaciones en lo referente al pago de la prima. Los servicios serán prestados a través de la entidad prestadora que SANITAS designe. El Asegurado deberá contactar con dicha entidad en el teléfono 91 353 63 48 en el menor plazo posible desde el conocimiento de la situación de hospitalización, inmovilización o fallecimiento.

4. GARANTIAS INCLUIDAS

SANITAS a través de la entidad prestadora que designe, proporcionará las siguientes garantías:

1. Auxiliar a domicilio

Envío de un auxiliar de ayuda a domicilio para ayudar al Asegurado con las tareas básicas del domicilio (limpieza, lavado y planchado, preparación de comidas, etc) **hasta un máximo de 30 horas a razón de un mínimo de 2 horas continuas por día** contando desde el primer día. Estas horas serán distribuidas durante un **periodo máximo de un mes**.

El número de horas de la prestación se asignará en base a una valoración objetiva del grado de autonomía del solicitante, valorándose aspectos tales como el tiempo efectivo de inmovilización o la incapacidad para desarrollar las labores básicas, la gravedad de las lesiones del Asegurado o el

número de miembros dependientes en la unidad familiar.

El prestador se reserva el derecho de solicitar al Asegurado el informe y pruebas médicas que se le hayan realizado, las cuales serán valoradas por un equipo médico, quien determinará y valorará el grado de incapacidad del Asegurado y, en consecuencia, las horas de auxiliar a domicilio necesarias.

La garantía de Auxiliar a domicilio no es acumulable en el caso de que existan varios lesionados o inmovilizados en el domicilio dentro de la misma unidad familiar.

2. Desplazamiento de un familiar para el cuidado de los hijos menores de 16 años o incapacitados

Traslado de un familiar del Asegurado o de la persona designada por el mismo hasta el domicilio de éste para el cuidado de sus hijos. El traslado se realizará en avión de línea regular (clase turista), tren (1ª clase), o taxi. Incluye billete de ida y vuelta.

Esta garantía es excluyente en relación a las garantías 3, 4 y 8.

3. Auxiliar a domicilio para el cuidado de los hijos menores de 16 años o discapacitados

Envío de un auxiliar de ayuda a domicilio para el cuidado de los hijos menores de 16 años o discapacitados, estableciéndose el número de horas en base al tiempo efectivo de inmovilización y la gravedad de las lesiones del Asegurado, siendo el mínimo diario de 2 horas continuadas al día desde el primer día, y hasta un máximo total de 30 horas distribuidas durante el periodo máximo de 1 mes.

Esta garantía es excluyente en relación a las garantías 2 y 4.

4. Traslado de los hijos menores de 16 años o discapacitados

Traslado de los hijos menores de 16 años en avión de línea regular (clase turista), tren (1ª clase) o taxi hasta el domicilio del familiar designado por el Asegurado en España.

Esta garantía es excluyente en relación a las garantías 2 y 3.

5. Acompañante para el cuidado de hijos menores de 16 años o discapacitados

Envío de la persona designada para acompañar a los hijos menores de edad o discapacitados hasta el domicilio en España del familiar designado por el Asegurado. El acompañante será designado por el prestador siempre y cuando no haya posibilidad de designar un adulto por parte del Asegurado.

6. Acompañamiento desde el domicilio al colegio y viceversa de los hijos menores de 16 años o discapacitados

Envío de un acompañante designado por el prestador con un máximo de 2 veces por día durante un máximo de 5 días, siempre que no haya un familiar disponible, y dentro del periodo máximo de 1 mes.

7. Auxiliar a domicilio para el cuidado de los ascendientes en primer grado

Envío de auxiliar de ayuda a domicilio para el cuidado de los ascendientes en primer grado que convivan en el mismo domicilio del Asegurado y se encuentren en situación de dependencia según la legislación vigente. Hasta un máximo de 30 horas a razón de un mínimo de 2 horas continuas por día contando desde el primer día.

El número de horas de la prestación se asignará en base a una valoración objetiva del grado de autonomía del solicitante, valorándose aspectos tales como el tiempo efectivo de inmovilización o la incapacitación para desarrollar las labores básicas, la gravedad de las lesiones del Asegurado y el número de miembros dependientes de la unidad familiar.

El prestador se reserva el derecho de solicitar al Asegurado el informe y pruebas médicas que se le hayan realizado.

Esta garantía es excluyente en relación a las garantías 8 y 9.

8. Desplazamiento de un familiar para el cuidado de los ascendientes en primer grado

Traslado del familiar designado por el Asegurado hasta el domicilio del mismo en avión de línea regular (clase turista), tren (1ª clase) o taxi, para el cuidado de los ascendientes en primer grado que convivan en el mismo domicilio del Asegurado y se encuentren en situación de dependencia según la legislación vigente. Incluye billete de ida y vuelta.

Esta garantía es excluyente en relación a las garantías 2, 7 y 9.

9. Traslado de los ascendientes en primer grado

Traslado en avión de línea regular (clase turista), tren (1ª clase) o taxi hasta el domicilio del familiar designado por el Asegurado en España de los ascendientes en primer grado que convivan en el mismo domicilio del Asegurado y se encuentren en situación de dependencia según la legislación vigente. Incluye billete de ida y vuelta.

Esta garantía es excluyente en relación a las garantías 7 y 8.

10. Cuidado de los animales domésticos de compañía (perros y gatos)

Transporte y alojamiento de los animales domésticos de compañía (perros y gatos) desde el primer día y durante un límite de 1 mes.

11. Envío de medicamentos

Envío de medicamentos hasta el lugar en el que se hallara el Asegurado en España, con

un máximo de 3 veces distribuidas durante 1 mes.

Queda excluido el coste del medicamento, que tendrá que ser abonado por el Asegurado a la entrega del mismo. El prestador no se responsabiliza de la demora en la entrega ni el estado del medicamento por causas no imputables al mismo.

5. EXCLUSIONES GENERALES

Quedan excluidos de las garantías aseguradas los daños, situaciones, gastos y consecuencias derivadas de:

5.1. La conducta dolosa del Asegurado.

5.2. La reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva, química o biológica, directa o indirectamente.

5.3. Los hechos que por su magnitud o gravedad sean calificados de catastróficos.

5.4. El conflicto armado, aunque no hubiera estado precedido por una declaración oficial de guerra.

5.5. Los riesgos extraordinarios, aun cuando el siniestro hubiere finalizado, así como situaciones de carácter extraordinario tales como fenómenos de la naturaleza (inundación, terremoto, erupción volcánica, tempestad ciclónica atípica, caída de cuerpos siderales o aerolitos).

6. PERIODOS DE CARENIA

Para la prestación de las garantías descritas anteriormente, será necesario que hayan transcurrido dos meses desde la fecha de efecto de la presente cobertura complementaria en relación con el Asegurado que solicite un servicio cubierto por la misma.

Todas las garantías descritas anteriormente serán facilitadas al Asegurado por SANITAS desde la fecha de efecto de la presente

cobertura complementaria en relación con el Asegurado que solicite un servicio cubierto por la misma.

Cobertura de estudiantes

Dentro de los límites y condiciones estipuladas en la Póliza, y previo pago por el Tomador del seguro de la prima correspondiente, SANITAS cubrirá la asistencia médica urgente que puedan precisar los Asegurados durante su viaje en el extranjero en los términos y dentro de los límites y exclusiones establecidos en la presente póliza.

1. OBJETO DE LA COBERTURA

Las prestaciones que son objeto de esta póliza están cubiertas siempre que se trate de tratamientos urgentes que se produzcan durante el viaje del Asegurado en el extranjero y siempre que dicha situación sea causada por una enfermedad súbita, accidente o agravamiento de una enfermedad preexistente, según se recoge en cada una de las garantías cubiertas, durante su estancia en el extranjero.

1.1. Garantías de asistencia sanitaria

SANITAS prestará el servicio o servicios que hayan sido pactadas en la presente póliza, cuando el Asegurado sufra un accidente amparado por la misma y ello ocurra durante su estancia en el extranjero objeto del seguro, utilizando como medio de locomoción, un transporte público (avión, barco, ferrocarril, autocar, etc.) y el vehículo propiedad del asegurado, en cualquier parte del mundo, excepto en España.

Para las garantías de asistencia sanitaria y a las personas contenidas en el presente condicionado, queda expresamente convenido que las obligaciones de SANITAS finalizan en el instante en que el Asegurado haya regresado a su domicilio habitual, o haya sido ingresado en un centro sanitario como máximo a 25 Km. de distancia del citado domicilio (15 Km en las Islas Baleares y Canarias).

1.1.1. Consulta Médica Telefónica

En caso de enfermedad súbita o lesiones graves de alguno de los Asegurados, SANITAS facilitará asesoramiento médico para decidir, en combinación con el médico interviniente, el mejor tratamiento a seguir, así como el medio más idóneo de traslado del herido o enfermo, si resultara necesario.

1.1.2. Traslado o Repatriación Sanitaria Urgente de Heridos y Enfermos

En caso de sufrir alguno de los asegurados, enfermedad súbita, accidente o agravamiento de una enfermedad preexistente durante su estancia en el extranjero, SANITAS tomará a su cargo el traslado o repatriación del herido o enfermo hasta el centro hospitalario más adecuado, o bien hasta al domicilio habitual indicado en las Condiciones Particulares, a través del medio de transporte más idóneo. En el primer caso, si posteriormente fuera necesario su traslado al domicilio o a otro hospital, SANITAS también se hará cargo del traslado.

En cualquier caso se aplicará el criterio médico de SANITAS, que será quien determinará la idoneidad del acto médico a realizar.

En caso de enfermedad psíquica súbita diagnosticada de forma fehaciente por un especialista, la repatriación tendrá lugar siempre y cuando las autoridades sanitarias del lugar donde se encuentre y el medio de transporte que se utilice lo permitan.

1.1.3. Gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y de hospitalización

Si a consecuencia de una enfermedad súbita o de un accidente ocurrido durante el período de validez de la póliza, el Asegurado necesita asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica u hospitalaria, SANITAS se hará cargo de:

- a) Los gastos de hospitalización.
- b) Los gastos y honorarios médicos y quirúrgicos.

- c) El coste de los medicamentos prescritos por un médico.

Para eventos sobrevenidos en el extranjero su límite es de 50.000 € o 100.000 € (según póliza contratada) por el Asegurado.

En caso de enfermedad psíquica súbita, diagnosticada de forma fehaciente por un especialista, ocurrida durante su estancia en el extranjero, SANITAS se hará cargo de los gastos médicos anteriormente mencionados, hasta un máximo de 6.000 €, impuestos incluidos, por persona y siniestro.

1.1.4. Gastos de Convalecencia

Si a consecuencia de una enfermedad súbita o de un accidente ocurrido durante el período de validez de la póliza, alguno de los Asegurados necesita por prescripción facultativa, permanecer en un hotel hasta que su estado permita su traslado, continuación del viaje o regreso a su domicilio, **SANITAS se hará cargo de los gastos de estancia en un hotel devengados por los Asegurados convalecientes y de un Asegurado acompañante, con un máximo de cinco noches y por un importe límite de 100,00 € por persona y noche.**

1.1.5. Gastos de transporte y estancia en hotel de un asegurado acompañante por hospitalización de un asegurado en el extranjero

Cuando uno o más de los Asegurados deban ser internados por enfermedad súbita o lesión en un centro hospitalario situado en el extranjero, SANITAS se hará cargo de los gastos de traslado de un asegurado acompañante hasta el lugar de hospitalización.

SANITAS se hará cargo de los sus gastos de estancia del familiar en un hotel, hasta un máximo de cinco noches y por un importe máximo de 100,00 € por noche.

1.1.6. Continuación de viaje de un asegurado tras la hospitalización

Si se da el supuesto indicado en el apartado anterior y, en el caso, de que los asegurados internados por enfermedad súbita o lesión, recibieran el alta médica en un período de tiempo que hiciera factible su reincorporación al viaje que estaban realizando, SANITAS se hará cargo de su transporte así como del acompañante hasta el lugar en que se encuentre el resto de la expedición o bien hasta el lugar en que dichos asegurados debieran hallarse según el plan de viaje establecido.

1.1.7. Envío de Medicamentos

Cuando un Asegurado que esté bajo tratamiento médico olvide los medicamentos en su domicilio o los extravíe en el transcurso de su viaje y éstos sean de difícil o imposible localización en el lugar donde se encuentra, SANITAS realizará las gestiones necesarias para disponer de dichos medicamentos y se los hará llegar al Asegurado por los medios más idóneos. Sólo estarán cubiertos los gastos de envío. Una vez en su domicilio el Asegurado deberá devolver SANITAS el precio de los medicamentos recibidos.

1.2. Garantías relativas a las personas

1.2.1. Transmisión de mensajes urgentes

SANITAS se encargará de transmitir los mensajes urgentes que le indique el Asegurado relacionados con las coberturas contratadas de la póliza, o con cualquier otro motivo, cuando exista una causa de importancia razonable y demostrable.

1.2.2. Billeto de ida y vuelta y alojamiento para un familiar

En caso de hospitalización por enfermedad súbita o lesión de algún Asegurado, SANITAS facilitará a un familiar con residencia en España, designado por el Asegurado, un billete de ida y vuelta para desplazarse hasta el centro asistencial y posterior regreso hasta su domicilio, cuando el período de internamiento se prevea de una duración mínima de 5 días, según certificación médica extendida por el médico interviniente.

Se cubren, asimismo, los gastos de estancia en un hotel del familiar en el lugar de hospitalización con un máximo de 5 noches y un importe de hasta 100,00 € por noche.

Esta garantía tan solo será aplicable cuando el asegurado hospitalizado permanezca sólo en el lugar de la hospitalización, es decir, cuando no se haga uso de la garantía 1.1.6.

1.2.3. Retorno anticipado por fallecimiento, enfermedad grave del cónyuge, de un familiar en primer y segundo grado y por perjuicio grave en el domicilio particular o local profesional

En caso de fallecimiento o enfermedad grave, es decir, con peligro de muerte, ocurrida en España de un familiar en primer y segundo grado del Asegurado o de su cónyuge, SANITAS organizará y se hará cargo del traslado de éste, hasta el lugar de la inhumación o de hospitalización en España, cuando no pudiera retornar por los medios inicialmente previstos. También se realizará la repatriación en caso de perjuicio grave en el domicilio particular o local profesional.

1.2.4. Repatriación de fallecidos y traslado de los Asegurados

En el supuesto de fallecimiento de alguno de los asegurados, SANITAS tomará a su cargo todas las gestiones burocráticas necesarias, así como del traslado o repatriación del cadáver hasta el lugar de inhumación en España. Asimismo, SANITAS se hará cargo del traslado de los otros asegurados que le acompañen en el momento de la defunción y que no puedan regresar por los medios inicialmente previstos.

1.2.5. Búsqueda y transporte de equipajes y efectos personales

En caso de pérdida, extravío o robo de equipajes y/o efectos personales durante el viaje, SANITAS colaborará en la búsqueda de los mismos y, en caso de ser recuperados,

tomará a su cargo su expedición hasta el domicilio habitual del Asegurado descrito en las Condiciones Particulares o hasta el lugar donde éste se encuentre de viaje.

1.2.6. Envío de objetos olvidados

SANITAS organizará y tomará a su cargo el coste del envío al domicilio del Asegurado de aquellos objetos de valor que olvidase en el lugar dónde hubiese estado durante su viaje.

Esta garantía incluye el envío al lugar en el que esté el Asegurado de aquellos objetos imprescindibles para el transcurso del viaje y olvidados en el domicilio antes del inicio del mismo.

Para todos los casos señalados en este epígrafe, SANITAS únicamente asumirá la organización del envío y el coste de éste con un máximo de 10 kg de peso y hasta la cantidad de 180,00 €

1.2.7. Ampliación de estancia en el extranjero por pérdida o robo de documentación

Si durante un viaje por el extranjero, un Asegurado pierde o le es robado el pasaporte o cualquier otra documentación identificativa imprescindible para la salida del país y entrada en España, viéndose obligado a prolongar por este motivo su estancia, SANITAS, se hará cargo de los gastos de alojamiento en un hotel del asegurado que ha extraviado la documentación hasta que la documentación le sea reemplazada. En el caso de que dicho Asegurado sea menor de edad, SANITAS también tomará a su cargo los gastos de alojamiento de un acompañante mayor de edad. **El importe máximo cubierto en esta garantía es de 60,00 € por día y persona y un máximo de 300,00 € por persona.**

1.2.8. Indemnización por pérdida de clases por accidente

En caso de accidente del Asegurado que impida su asistencia durante 20 días consecutivos a las clases programadas, **SANITAS reembolsará los gastos**

justificados incurridos en concepto de clases particulares, hasta un máximo de 1.000 euros. El asegurado deberá presentar el documento acreditativo de la contratación y pago de las clases para poder acreditar dicho reembolso.

1.2.9. Indemnización por pérdida de matrícula por accidente

En caso de accidente del Asegurado que le impida asistir a las clases programadas durante, como mínimo, dos meses consecutivos, a contar desde la fecha del accidente, o éste hubiese ocurrido dentro de los quince días inmediatamente anteriores a la convocatoria de un examen final, impidiendo su asistencia al mismo, **SANITAS reembolsará los gastos abonados por el Asegurado por su matriculación en el curso universitario hasta un máximo de 1.000 euros.** El asegurado deberá presentar los documentos acreditativos y justificantes de pago.

1.2.10. Infortunio familiar por accidente

Por fallecimiento del padre o de la madre del Asegurado en accidente de transporte público o privado.

- Muerte del padre o de la madre, 6.000 €
- Muerte de ambos progenitores en el mismo accidente, 9.000 €

1.3. Garantías relativas al equipaje

Quedan asegurados los objetos de uso personal necesarios en el transcurso del viaje contra:

- El robo, entendido como la sustracción de las cosas muebles ajenas con violencia o intimidación en las personas o empleando fuerza en las cosas.
- La destrucción total o parcial durante el traslado por una empresa de transporte público de viajeros.

- La pérdida durante el traslado por una empresa de transporte público de viajeros.

La indemnización máxima por persona y maleta y por todos los siniestros sufridos por el asegurado en el curso de periodo de garantía contratado será de 900,00 € Para ello se han de presentar facturas originales o tickets de compra de los objetos declarados.

La indemnización por el equipaje tendrá una depreciación por el uso de un 20% para el primer año y un 30% a partir del segundo año transcurrido desde la compra. La valoración de los meses se aplica con el criterio de proporcionalidad con relación a los porcentajes indicados.

No obstante, los objetos de valor quedan garantizados dentro de unos límites:

- **Las joyas, los objetos elaborados con un metal precioso, las piedras preciosas, las perlas y los relojes, están garantizados únicamente contra el robo y sólo si los llevase el asegurado sobre sí mismo, o si han sido depositados en la caja fuerte de un hotel.**
- **El material fotográfico, cinematográfico, de grabación o reproducción de sonido o imagen, así como sus accesorios, las prendas de piel y los fusiles de caza, están garantizados únicamente cuando son llevados consigo por el asegurado o bien han sido depositados en consigna.**

1.4. Garantías relativas al nuevo viaje

Si a causa de una enfermedad grave o accidente grave sufrido por el asegurado, SANITAS organice su repatriación sanitaria a domicilio, posteriormente SANITAS compensaría al asegurado repatriado y a un acompañante asegurado también repatriado, con un nuevo viaje. El asegurado dispondría de un plazo máximo de un año, a partir de la fecha de repatriación y hasta la fecha de la nueva emisión, para la utilización de esta garantía.

Límites: Este viaje será por un importe y características similares al del viaje facturado por la agencia de viajes, no excediendo nunca 3.000,00 € por asegurado, y máximo dos asegurados.

1.5. Seguro de accidentes por muerte o invalidez permanente y absoluta

SANITAS indemnizará al Asegurado o Beneficiario en la cantidad de 18.000,00 € en caso de muerte o invalidez permanente absoluta del Asegurado a consecuencia de un accidente ocurrido durante un desplazamiento cubierto por el presente seguro.

Para las personas menores de 14 años, el importe a pagar en caso de fallecimiento se limita única y exclusivamente al reembolso de los gastos del sepelio hasta un máximo de 3.005,06 €

Se establece un importe máximo exigible a SANITAS a consecuencia de un mismo siniestro de 1.202.024'21 €. Es decir, que en caso de que en un mismo accidente se produjera la Muerte o Invalidez de varios asegurados el importe máximo exigible a SANITAS se repartirá proporcionalmente.

Dicha indemnización tendrá efecto:

- En caso de muerte dentro de los 12 meses siguientes a contar desde la fecha del accidente, esté o no la póliza en vigor; o en un momento posterior a dicho límite siempre que el Beneficiario pueda demostrar la relación de causa y efecto entre el accidente y la muerte.
- En caso de invalidez permanente comprobada y fijada dentro del plazo de un año a contar desde la fecha del accidente.

Después del pago de una indemnización por invalidez permanente no procederá ninguna otra indemnización aunque, posteriormente, se produjese la muerte del Asegurado como consecuencia del mismo siniestro.

Designación o revocación de Beneficiarios

La designación del beneficiario corresponde al Tomador del Seguro. Le corresponde igualmente su modificación o revocación, sin que para ello sea preciso el consentimiento de SANITAS. La designación del beneficiario podrá hacerse en póliza, en una posterior declaración escrita comunicada a SANITAS o en testamento. Si al tiempo del fallecimiento del Asegurado a causa de un accidente cubierto por la presente póliza no hubiere beneficiario designado, será considerado como tal el Tomador del Seguro.

Criterios para la evaluación del grado de invalidez.

Si las partes se pusieran de acuerdo sobre el importe y la forma de la indemnización, SANITAS deberá pagar la suma convenida.

El grado definitivo de invalidez será determinado por los Servicios Médicos del SANITAS, a cuya revisión deberá someterse el Asegurado. En caso de discrepancia, las partes se someterán a la decisión de los Peritos Médicos, conforme a lo dispuesto en el Artículo 38 de la Ley de 8 de Octubre 50/1980, de Contrato de Seguro.

Pago de la indemnización.

El pago de la indemnización se efectuará dentro de los veinte días siguientes a la fecha del acuerdo amistoso de las partes. Si antes de este plazo SANITAS no ha realizado ningún pago, el Asegurado no podrá reclamar intereses por dicho período.

Para poder solicitar el pago en caso de fallecimiento o invalidez permanente, el Asegurado o los Beneficiarios deberán remitir a SANITAS los documentos justificativos que se indican a continuación, según corresponda:

- En caso de Fallecimiento
 - Certificado del Médico que haya asistido al Asegurado, en el que se detallarán las causas y circunstancias del fallecimiento.
 - Certificado de defunción librado por el Registro Civil.
 - En el caso de que por razón del accidente sufrido por el Asegurado se

hubiesen iniciado actuaciones judiciales, deberá facilitarse copia de las mismas, o cuando menos el atestado que hayan instruido los Agentes del Orden Público.

- Certificado del Registro General de Actos de Última Voluntad, y si existiera testamento, copia de éste o del último en el caso de que existieran varios. En el caso de no existir testamento, será precisa la declaración judicial de los herederos legales del Asegurado.
- Documentos (Certificado de Matrimonio, Libro de Familia, Certificado de Nacimiento de los hijos, etc.) que acrediten la personalidad y relación familiar de la persona o personas que deban percibir la prestación convenida para el caso de muerte del Asegurado.
- Copia de la liquidación parcial a cuenta o de la autoliquidación del Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones, con nota estampada en el mismo acreditativa del ingreso efectuado o, en su caso, de la exención o no sujeción al tributo.
- Para las personas menores de 14 años, el importe a pagar correspondiente al reembolso de los gastos de sepelio, se determinará mediante la presentación de los originales de los comprobantes de pago de dichos gastos.

- En caso de Invalidez permanente:

- Certificado Médico en el que se especifique el comienzo, las causas, naturaleza y consecuencias de la invalidez y el grado de la misma, resultante del accidente.

En todo caso, las indemnizaciones y costos a que dé lugar el presente seguro serán satisfechas en Euros y en España.

2. EXCLUSIONES

2.1. EXCLUSIONES GENERALES

Quedan excluidos de la cobertura en todas las garantías, incluido el seguro de accidentes, los riesgos generales siguientes:

a) Las garantías y prestaciones que no hayan sido solicitadas a SANITAS y que no

hayan sido efectuadas con o por su acuerdo, salvo en caso de fuerza mayor o de imposibilidad material demostrada.

b) Los siniestros causados por dolo o por actos notoriamente peligrosos o temerarios del Asegurado o de las personas que viajen con el Asegurado.

c) Los accidentes que sobrevengan en la práctica de competiciones deportivas, oficiales o privadas, así como en los entrenamientos, pruebas y apuestas, la participación en excursiones y travesías organizadas.

d) Los siniestros ocasionados por actividades deportivas y turísticas de aventura, así como aquellas que se practican sirviéndose básicamente de los recursos que ofrece la misma naturaleza en el medio en que se desarrollan y, a las cuales es inherente el factor riesgo salvo que para la práctica de las actividades enumeradas en la modalidad de aventura se haya suscrito dicho seguro.

e) Los eventos ocasionados por fenómenos de la naturaleza, como terremotos, maremotos, inundaciones, erupciones volcánicas, tempestades ciclónicas, caída de cuerpos siderales y aquellos que puedan considerarse catástrofe o calamidad.

f) Los siniestros ocurridos en caso de guerra, manifestaciones y movimientos populares, actos de terrorismo y sabotaje, huelgas, motines, restricciones a la libre circulación o cualquier otro caso de fuerza mayor, a menos que el Asegurado pruebe que el siniestro no tiene relación con tales acontecimientos.

g) Las lesiones o accidentes corporales como consecuencia de acciones delictivas, provocaciones, riñas, peleas y duelos, imprudencias, apuestas o cualquier hecho arriesgado o temerario.

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

i) Los siniestros causados por irradiaciones nucleares y sus consecuencias.

j) Los siniestros ocasionados por la práctica del esquí.

k) Las pérdidas, daños o perjuicios, gastos y responsabilidades de cualquier naturaleza, que tengan relación directa con el uso, operación o aplicación de cualquier equipo electrónico, sistema informático, software, programa o proceso informático, cuando aquellos sean causados por cualquier cambio que implique una modificación de fecha o bien cualquier cambio o modificación de o en un equipo electrónico, sistema informático, software, programa o proceso electrónico relacionado con cualquier cambio de fecha.

l) Los siniestros ocasionados por epidemias y pandemias declaradas oficialmente o por la polución.

2.2. EXCLUSIONES RELATIVAS AL SEGURO DE ACCIDENTES POR MUERTE O INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA.

No están cubiertas por esta garantía de Accidentes:

a) Las personas mayores de 35 años, para la totalidad de las coberturas, y los menores de 14 años para el caso de muerte excepto los gastos de sepelio.

b) Las personas que se hallen incapacitadas absoluta y permanentemente para cualquier actividad profesional o laboral, así como aquellas aquejadas de ceguera, fuerte miopía (más de 12 dioptrías), parálisis, sordera completa, epilepsia, apoplejía, enajenación mental, sonambulismo, alcoholismo, toxicomanías, diabetes, enfermedades de la médula espinal, sífilis, encefalitis, y en general, cualquier lesión o enfermedad

que disminuyan la capacidad física o psíquica del Asegurado.

c) Las enfermedades de todas clases que no sean consecuencia directa de un accidente cubierto por esta póliza y las lesiones corporales que se produzcan a consecuencia de una enfermedad o por enajenación mental.

d) Los aneurismas, varices, toda clase de hernias y sus consecuencias, así como las distensiones musculares y el lumbago.

e) Las intoxicaciones alimenticias, las insolaciones y congelaciones y otras consecuencias de la acción de la temperatura que no hayan sido motivadas por un accidente garantizado en esta póliza.

f) Las lesiones causada por rayos X, el radium y sus compuestos salvo que sean consecuencia de un tratamiento aplicado al Asegurado a consecuencia de un accidente garantizado por la presente póliza.

g) Las lesiones provocadas intencionadamente por el Asegurado, el suicidio, así como los accidentes que sean consecuencia de acciones delictivas, provocaciones, riñas y duelos, imprudencias, apuestas o cualquier empresa arriesgada o temeraria, excepto en casos de legítima defensa.

h) Queda excluida del beneficio de las garantías amparadas por esta póliza toda persona que intencionadamente provoque el siniestro.

i) Los accidentes ocasionados por la conducción de vehículos a motor si el Asegurado no está en posesión de la autorización administrativa correspondiente, y en cualquier caso los derivados del uso de motocicletas, ciclomotores y turismos, sea como conductor o como ocupante.

j) Las enfermedades o afecciones de cualquier naturaleza que pueda sufrir el Asegurado, y especialmente, el infarto de miocardio, las afecciones cardiovasculares y derrames cerebrales, que no hayan sido motivadas por un accidente garantizado en este contrato.

k) Los accidentes sobrevenidos en estado de enajenación mental, embriaguez manifiesta, bajo los efectos de drogas y estupefacientes, así como los accidentes que sean consecuencia de vahídos, desvanecimientos y síncope, ataques de apoplejía, epilepsia y sonambulismo.

l) Las consecuencias de operaciones quirúrgicas, tratamientos médicos, o terapéuticos de cualquier naturaleza.

m) En caso de agravarse directa o indirectamente las consecuencias de un accidente por razón de una enfermedad, estado morbozo o por defectos corporales que presente el Asegurado, preexistentes al accidente o sobrevenidos después de ocurrido este por causas independientes del mismo, SANITAS indemnizará las consecuencias que el accidente habría tenido sin la intervención agravante de la enfermedad, del estado morbozo o de los defectos corporales correspondientes.

n) Las situaciones de agravación de un accidente ocurrido con anterioridad a la formalización de la póliza.

o) El ejercicio de cualquier actividad profesional u oficio.

p) Los accidentes debidos a actos de guerra, revolución, sedición, motín o tumulto popular y otras alteraciones del orden público y social, así como los provocados por fuerzas desencadenadas de la naturaleza de carácter extraordinario, tales como terremotos, huracanes e inundaciones, y los accidentes ocurridos como consecuencia de acontecimientos calificados por el Gobierno de la Nación de "catástrofe o calamidad nacionales".

q) Los accidentes que resulten de la práctica profesional de cualquier deporte, así como en cualquier caso, los derivados del ejercicio como aficionado de los siguientes: rugby, boxeo, judo y cualquier otro de lucha corporal; deportes aéreos, incluido paracaidismo; caza mayor; espeleología; deportes submarinos; deportes acuáticos practicados a más de 3 Kilómetros de la orilla o costa; automovilismo y motorismo; esquí y escalada; equitación y polo; patinaje y hockey sobre hielo; y también el toreo y encierro de reses bravas.

r) Los accidentes que resulten de la utilización por el Asegurado de aparatos de navegación aérea, salvo que se trate de vuelos como pasajeros en líneas regulares o vuelos "chárter", y los ocasionados durante viajes submarinos.

s) Las consecuencias puramente psíquicas de un accidente.

t) Los accidentes que pueda sufrir el Asegurado utilizando helicópteros y aviones de un sólo motor, tanto si son de uso particular como para el transporte público, salvo cuando la utilización del helicóptero esté motivada para su traslado urgente en casos de accidente o enfermedad.

u) Los accidentes que pueda sufrir el Asegurado habiendo contratado la modalidad aventura.

2.3. EXCLUSIONES GENERALES RESPECTO A LAS GARANTÍAS DE ASISTENCIA SANITARIA Y A LAS PERSONAS

a) Las enfermedades o lesiones que no sean súbitas, sino consecuencia de procesos crónicos o preexistentes, previos al viaje, así como sus complicaciones o recaídas.

b) Las lesiones sobrevenidas en el ejercicio de una profesión.

c) La muerte por suicidio o las enfermedades y lesiones resultantes del intento de suicidio o causadas intencionadamente por el Asegurado a sí mismo.

d) El tratamiento de enfermedades o estados patológicos provocados por la ingestión de drogas, tóxicos o estupefacientes, alcohol o por la utilización de medicamentos sin prescripción médica.

e) Los gastos relativos a prótesis, órtesis, gafas y lentillas.

f) Cualquier tipo de enfermedad psíquica crónica o preexistente.

g) Los gastos de inhumación, féretro y de ceremonia en caso de traslado o repatriación de fallecidos.

h) En todos los países donde haya reciprocidad con la seguridad social española, los gastos médicos y de hospitalización que estén cubiertos por dicho acuerdo, incluyendo aquellos servicios que da derecho estar en posesión de la Tarjeta Sanitaria Europea.

2.4. EXCLUSIONES GENERALES RESPECTO A LAS GARANTÍAS RELATIVAS A EQUIPAJES

a) Todo robo, destrucción o pérdida causada intencionalmente por el asegurado mismo o por negligencia de éste y/ o resultante de una decisión de la autoridad competente, en caso de guerra, declarada o no, manifestaciones y movimientos populares, actos de terrorismo y sabotaje o cualquier otro caso de fuerza mayor.

b) Todo robo, destrucción o pérdida causados por mudanza.

c) Los robos cometidos por el personal del asegurado en el ejercicio de sus funciones.

d) La sustracción de objetos dejados sin vigilancia en algún lugar público.

e) La destrucción resultante de un vicio propio de la cosa, de su desgaste normal y natural, vertido de líquidos, materias grasas, colorantes o corrosivos que formen parte del equipaje asegurado.

f) La destrucción de objetos frágiles, la cerámica, cristal, porcelana y mármol.

g) El hurto, la pérdida, olvido o simple extravío de objetos.

h) Los robos cometidos en el interior de un vehículo particular, salvo que se trate de un coche de alquiler.

i) Los siguientes objetos: documentos, cartas de identidad, tarjetas de crédito, tarjetas magnéticas, billetes de transporte, dinero en metálico, los títulos valores y llaves.

j) Las siguientes pertenencias: bicicletas, remolques y caravanas, las tablas de windsurf, los barcos, las motocicletas y otros medios de transporte, las tablas de esquí o snowboard y todo tipo de material deportivo.

k) El material de carácter profesional

l) Los instrumentos de música, los objetos de arte, las antigüedades, las colecciones y las mercancías.

m) Las gafas, lentillas, prótesis y aparatos ortopédicos de cualquier tipo.

n) Los accesorios del automóvil, los objetos que amueblan caravanas, campingcars, tiendas de campaña o barcos.

o) Los aparatos de telefonía, videojuegos, los ordenadores personales, impresoras y cualquier material informático.

2.5. EXCLUSIONES GENERALES RESPECTO A LA GARANTÍA RELATIVA AL NUEVO VIAJE

Queda excluida la aplicación de la garantía en los siguientes casos:

a) Cuando la repatriación no haya sido organizada por SANITAS y su equipo médico.

b) Cuando el motivo de la repatriación haya sido una enfermedad psíquica.

3. UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS

El asegurado en caso de precisar alguna de las prestaciones aseguradas deberá de llamar al teléfono (+34) 91 345 65 84 donde se gestionará la asistencia que precise a través de los prestadores que indique SANITAS al Asegurado. En caso de urgencia vital el coste de la misma será asumido por el propio asegurado que solicitará el reembolso de aquellas prestaciones que sean objeto de cobertura asegurada en los términos indicados a continuación.

No será objeto de cobertura ninguna asistencia médica que no haya sido gestionada por SANITAS salvo en caso de urgencia vital.

Quando un determinado tratamiento o técnica quirúrgica o diagnóstica no sea objeto de cobertura asegurada los servicios médico asistenciales que necesariamente deban prestarse como consecuencia de la realización del citado tratamiento o técnica tampoco serán objeto de cobertura asegurada.

4. EDAD MÁXIMA DE CONTRATACIÓN DE ESTE COMPLEMENTO

La edad máxima de contratación es 35 64 años. Tan solo podrán incluirse en concepto de Asegurados en la póliza quienes a la fecha de inclusión tengan una edad por debajo de los 35 64 años, salvo pacto en contrario y sin perjuicio de la edades máximas que se puedan fijar en su caso para las distintas coberturas adicionales o complementarias de esta Póliza.

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 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 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 material de óptica:** 3 meses

Cobertura de subsidio por hospitalización

Objeto de la cobertura asegurada

SANITAS abonará un subsidio diario por Asistencia Sanitaria con Hospitalización por el tiempo total que el Asegurado deba de permanecer Hospitalizado siempre que dicha hospitalización, aun pudiendo ser objeto de cobertura asegurada por la Póliza, no sea prestada bajo la cobertura asegurada de la misma. El importe diario y el número máximo de días de Hospitalización que podrán ser objeto de cobertura asegurada por Asegurado y anualidad, será el establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza. En caso de producirse más de una hospitalización de Asegurado en una misma anualidad contractual, se sumarán los días de Hospitalización de cada periodo a efectos de cómputo del límite temporal ya indicado.

Queda excluida de la cobertura asegurada

- **Cualquier tipo de hospitalización que no sea objeto de cobertura asegurada, así como aquellas en las que SANITAS asuma el coste de la Hospitalización.**
- **La hospitalización psiquiátrica y aquellas que no se prolonguen por un periodo mínimo de 24 horas consecutivas.**
- **El día de ingreso y/o el día de alta si producen con posterioridad a las 15 horas de ese día.**

- **Asegurados con más de 70 años de edad.**

Periodos de carencia

8 meses a contar desde el alta del Asegurado en la Póliza.

Ámbito territorial de cobertura

España.

Tramitación

El Asegurado deberá de aportar informe médico acreditativo del periodo de hospitalización, los motivos de la misma y del tratamiento recibido con especificación del Hospital donde se ha realizado y la identificación de los profesionales que han intervenido. También deberá de aportar factura acreditativa del pago de la Hospitalización o si esta ha sido asumida por otro seguro privado o por el Sistema Público de salud documentación acreditativa de dicha cobertura. El informe deberá de aportarse en el plazo máximo de 7 días a contar desde la fecha de alta hospitalaria.

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 consecuyente 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 0 y los 75 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 en Estados Unidos

Los servicios objeto de cobertura por esta póliza podrán ser prestadas al Asegurado en Estados Unidos:

- **Exclusivamente en los centros concertados a tal fin por SANITAS.**
- Es condición **indispensable** 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:** 10 meses
- **Los métodos terapéuticos complejos según vienen definidos en el glosario:** 10 meses
- **Parto o cesárea salvo parto prematuro (menos de 37 semanas):** 8 meses

Sanitas Dental Premium

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 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.

Complemento Digital Bluau 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 estas 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 sería 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.

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

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 podrá poner a disposición del Asegurado nuevas coberturas digitales relacionadas con el cuidado de la salud adicionales o en sustitución de las que son objeto de esta póliza. El alcance de cobertura asegurada de las mismas con sus límites y exclusiones constará reflejada en el área privada Mi Sanitas en www.sanitas.es o a través de la app móvil debiendo los asegurados proceder a la aceptación de dichas condiciones con anterioridad a su utilización.

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. Tendrá 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 el 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 Medicamento y Productos Sanitarios. Asimismo, se considera que un procedimiento se encuentra universalizado y consolidado cuando el mismo se realiza en la práctica

clínica habitual en al menos nueve Comunidades Autónomas Españolas de forma generalizada en sus centros hospitalarios públicos, no solo en Hospitales de Referencia.

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” 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 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
- 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 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.

2. DURACIÓN

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

3. RIESGOS EXCLUIDOS

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

- **No será objeto de cobertura ninguna analítica que no se acompañe de una prescripción realizada por un médico.**

- **Las coberturas excluidas en las condiciones generales y particulares de la póliza**

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 de 5 consultas 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 farmacia

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.

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. Quedan excluidos 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. 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.

Urgencias por videoconsulta

Aquellos asegurados que deseen utilizar el servicio de urgencias a través de videoconsulta deberán:

- Registrarse en el área reservada a los clientes denominada "MI SANITAS" a la

cual puede acceder a través de la App o el sitio web www.sanitas.es.

- A través del servicio de videoconsulta el Asegurado no podrá elegir el facultativo sino que éste será el disponible en el momento en que se solicite la consulta.
- La videoconsulta no sustituye en ningún caso a la consulta presencial sino que sirve exclusivamente como herramienta auxiliar en el proceso de diagnóstico y tratamiento del paciente, motivo por el cual el facultativo puede requerir al Asegurado para que acuda a consulta presencial en aquellos casos que lo considere oportuno.

Cobertura Digital 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 estas 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:

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.

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 podrá poner a disposición del Asegurado nuevas coberturas digitales relacionadas con el cuidado de la salud adicionales o en sustitución de las que son objeto de esta póliza. El alcance de cobertura asegurada de las mismas con sus límites y exclusiones constará reflejada en el área privada Mi Sanitas en www.sanitas.es o a través de la app móvil debiendo los asegurados proceder a la aceptación de dichas condiciones con anterioridad a su utilización.

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 de 10 consultas 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.).

Reembolso de farmacia

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.

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. Quedan excluidos 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. 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.

Urgencias por videoconsulta

Aquellos asegurados que deseen utilizar el servicio de urgencias a través de videoconsulta deberán:

- Registrarse en el área reservada a los clientes denominada "MI SANITAS" a la cual puede acceder a través de la App o el sitio web www.sanitas.es.
- A través del servicio de videoconsulta el Asegurado no podrá elegir el facultativo

sino que éste será el disponible en el momento en que se solicite la consulta.

- La videoconsulta no sustituye en ningún caso a la consulta presencial sino que sirve exclusivamente como herramienta auxiliar en el proceso de diagnóstico y tratamiento del paciente, motivo por el cual el facultativo puede requerir al Asegurado para que acuda a consulta presencial en aquellos casos que lo considere oportuno.

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 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, caza, 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 Trasfronteriza.
- Centros médicos o clínicas de medicina integrativa ni en general en cualquier centro que no se limite a prestar exclusivamente servicios de medicina convencional entendiendo como tal las prestadas por una profesión de las reguladas por la Ley 44/2003, de 21 de noviembre de ordenación de profesiones sanitarias y se trate de un servicio de los contemplados en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre por el que se Establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Lo anterior con independencia de que dichos servicios

sean prestados por facultativos colegiados y en el tratamiento se combinen con servicios que sí estarían contemplados en dicha Ley y que tampoco serían objeto de cobertura asegurada.

Será considerado como Medicinas alternativas, naturopatía, homeopatía, acupuntura, mesoterapia, hidroterapia, presoterapia, ozonoterapia, quiropráctica, o cualquier otra terapia no contemplada entre los servicios objeto del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

D. La hospitalización por problemas de tipo social.

E. La asistencia médica y/u hospitalaria prestada al Asegurado por un facultativo o por un miembro de su equipo profesional que sea o haya sido cónyuge o pariente por consanguinidad o afinidad (dentro del 4º grado) del Tomador del Seguro o del Asegurado.

La asistencia médica y/u hospitalaria prestada al Asegurado por un facultativo que mantiene una relación de dependencia con el Asegurado o Tomador del Seguro en virtud de una relación profesional, laboral o mercantil o que se encuentre ligado con alguno de ellos por cualquier relación de sociedad o intereses.

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.

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 incluidos en la cobertura de la póliza 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.
- Los trasplantes heterólogos.
- Cualquier intervención quirúrgica sobre el no nacido.
- Cualquier técnica quirúrgica que utilice equipos de cirugía robótica.
- Los estudios genéticos 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. Quedan expresamente excluidos los estudios genéticos de tumores y biopsia líquida excepto los recogidos en el apartado de estudios genéticos y en el apartado de ginecología y obstetricia.
- 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; conductos valvulados, excepto los conductos valvulados asociados a cirugía valvular aórtica; válvulas cardíacas y dispositivos de reparación valvular que sean implantados por vía percutánea o transapical; 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, quiropráctica, etc. Queda excluida además toda asistencia realizada en centros médicos o clínicas de medicina integrativa y/o que combinen asistencia médica con

terapias no convencionales reconocidas como pseudoterapias por el Ministerio de Sanidad y la Organización Médica Colegial.

- 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.
- Queda excluida la cirugía endoscópica de columna.

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:

- Los que sean administrados al paciente fuera del régimen de hospitalización, o en Hospitalización de día salvo la quimioterapia administrada vía parenteral por un profesional sanitario en centros concertados y mediante instilación vesical en el caso de MITOMICINA Y BCG. La medicación en ventiloterapia y aerosolterapia, así como productos de parafarmacia.
- 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.
 - Radiofármacos con fines terapéuticos (itrio (90Y) cloruro, ibritumomab tiuxetán (90Y), radio (223) dicloruro, lutecio (177Lu) oxodotretida...) excepto los mencionados en Oncología Médica como el loduro (131I) de sodio para el tratamiento del hipertiroidismo y del cáncer de tiroides, así como el uso de Citrato de ytrio (90Y) para la sinoviortesis radioisotópica.
 - Se excluyen las técnicas de transferencia celular adoptiva (por ejemplo CAR T, transferencia celular adoptiva de linfocitos T infiltrantes de tumor (TIL)), así como otras técnicas distintas de las mencionadas expresamente salvo que se haya comunicado por SANITAS en escrito dirigido al Tomador su inclusión en cobertura.

También se excluyen los estudios farmacocinéticos de cualquier medicamento.

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

N. Quedan excluida la cirugía bariátrica en obesidad y cirugía metabólica en diabetes, así como el balón intragástrico y los tratamientos endoscópicos de la obesidad.

Ñ. Queda excluida la radiocirugía.

O. Queda excluida la cirugía de parkinson.

P. Queda excluida la cirugía de la epilepsia.

Q. Quedan excluidos los tratamientos de esclerosis con espuma y microespuma en la especialidad de Angiología y Cirugía Vasculare y en cualquier otra especialidad.

R. Queda excluido el tratamiento con ultrasonidos focalizados de alta intensidad (HIFUs).

Cláusula IV: Periodos de carencia

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

Plazos de Carencia para la modalidad de Cuadro Médico:

- **Vasectomía y ligadura de trompas: 10 meses**
- **Psicología: 6 meses**
- **Pruebas diagnósticas complejas: 6 meses**
- **Los métodos terapéuticos complejos según vienen definidos en el glosario: 10 meses**
- **Intervenciones quirúrgica del Grupo 0 al II según clasificación de la Organización Médica Colegial: 3 meses**
- **Parto o cesárea salvo parto prematuro (menos de 37 semanas): 8 meses**
- **Hospitalización e intervenciones quirúrgica del Grupo III al VIII según clasificación de la Organización Médica Colegial: 10 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 asegurado. 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. **Cuando un determinado tratamiento o técnica quirúrgica o diagnóstica no sea objeto de cobertura asegurada los servicios médicos asistenciales que necesariamente deban prestarse como consecuencia de la realización del citado tratamiento o técnica tampoco serán objeto de cobertura asegurada.**

Al recibir los servicios que procedan, el Asegurado deberá exhibir la tarjeta de 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, si la póliza no se encuentra en vigor en el momento de prestación del servicio, 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 y cirugía de columna, 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 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 médico especialista concertado con SANITAS. En todos los tratamientos el Asegurado deberá renovar la prescripción y la autorización del servicio por parte de SANITAS con una periodicidad variable según el tipo de dispositivo y las sesiones autorizadas en cada caso, excepto para el cpap de los pacientes ya catalogados como

crónicos cuya autorización es indefinida y no precisa renovación salvo algunas situaciones excepcionales (cambio de provincia de residencia, cambio de póliza).

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

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

1.8 Urgencias.

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

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

1.9 Asistencia en medios no concertados con SANITAS.

Sin perjuicio de lo indicado en el apartado anterior para los casos de urgencia vital, SANITAS no se hace responsable de los honorarios de facultativos ajenos a su cuadro médico, ni de los gastos de internamiento y de servicios que dichos facultativos ajenos pudieran ordenar. Asimismo, SANITAS no asume bajo la modalidad de cuadro médico concertado

que es objeto de aseguramiento por esta póliza los gastos originados en centros privados o públicos no concertados para este producto, cualquiera que sea el facultativo prescriptor o realizador de los mismos.

2. A través de la modalidad de reembolso de gastos

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 salvo aquellos servicios médicos, objeto de cobertura asegurada por esta póliza, que únicamente se presten a través de la modalidad de cuadro médico o reembolso y así se indique expresamente en sus Condiciones Particulares. 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 todo caso, dichas prestaciones deberán ser realizadas por aquellos profesionales y centros médicos y hospitales que cumplan con todos los requisitos legales para el desarrollo de su actividad profesional en el país en donde ésta se realice.

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. En caso de que el Asegurado disponga de las coberturas de reembolso y de urgencias en el extranjero, cuando haga uso de esta última y siempre que se exceda del límite de capital asegurado previsto para dicha cobertura, el Asegurado podrá solicitar el reembolso

del exceso de gastos en los que haya podido incurrir, en los términos y dentro de los límites y porcentajes específicos establecidos en las Condiciones Particulares.

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. En partos o cesáreas el límite incluye: honorarios médicos, matronas, anestesistas, utilización de quirófano, material y medicamentos, estancias en U.V.I. o U.C.I. maternas, 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, (laparoscopia, 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 urgencias a domicilio.**
- **Pruebas diagnósticas.**
- **Métodos terapéuticos.**
- **Cirugía de día o ambulatoria.**
- **Servicio de ambulancia por vía terrestre**

B) Porcentaje de reembolso

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

En el caso de que el Asegurado utilice los servicios garantizados en España concertados por SANITAS, el Tomador del Seguro o Asegurado no tendrán que hacer efectivo el pago por dichos servicios, corriendo la totalidad de los gastos médicos y/u hospitalarios directamente por cuenta y a cargo de SANITAS. Para ello, el Asegurado deberá proceder conforme se indica en la presente cláusula.

C) Procedimiento para el reembolso de gastos

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

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

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

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

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

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

C.5. En caso de hospitalización, una vez finalizada ésta, el Tomador del Seguro o el

Asegurado comunicará tal circunstancia a SANITAS con indicación del periodo de duración del internamiento.

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

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

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

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

c) Identificación de la persona física o jurídica que ha prestado la asistencia (médico, 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.

3. Consultas médicas a distancia

El Asegurado podrá acceder a determinados facultativos y especialidades del cuadro médico concertado para recibir una atención médica personalizada a través de los servicios de videoconsulta y de consulta

telefónica, en adelante "Las consultas médicas a distancia".

Además, el Asegurado podrá acceder a un servicio de Urgencias 24 horas a través de videoconsulta.

3.1. Descripción:

- El servicio será prestado por especialistas médicos seleccionados por SANITAS dentro del Cuadro Médico concertado de SANITAS.
- SANITAS informará en cada momento en www.sanitas.es de las especialidades y profesionales a los que se podrá acceder a través de las consultas médicas a distancia.
- Estos servicios se prestarán siempre a través de cita previa y estarán sujetos a los horarios de atención del médico, estos horarios podrán ser consultados por el Asegurado en Mi Sanitas. Como excepción a lo anteriormente indicado, aquellas atenciones de Urgencia que puedan ser prestadas a través del servicio de videoconsulta no requerirán de cita previa. Para aquellas urgencias que por su naturaleza no puedan ser atendidas a través de los servicios ya indicados, el Asegurado tiene a su disposición los servicios de Urgencia del cuadro médico concertado por SANITAS.
- Servicio acompañado de la funcionalidad de mensajería online durante las consultas médicas a distancia y de forma posterior en caso de que el médico lo considere oportuno.
- Durante las consultas médicas a distancia se puede realizar intercambio de documentación médica que podrá ser archivada en la Carpeta de Salud de Mi Sanitas en www.sanitas.es.
- SANITAS ha adoptado los medios técnicos legalmente exigidos para garantizar la debida confidencialidad de la información intercambiada mediante esta modalidad.

- Con la finalidad de garantizar dicha confidencialidad se prohíbe la grabación o fijación en cualquier soporte de las captación de imágenes y sonido de las consultas médicas a distancia. Queda igualmente prohibido copiar, reproducir, distribuir, difundir, poner a disposición de terceros o de cualquier otra forma comunicar públicamente, transformar o modificar, total o parcialmente y por cualquier medio ya sea electrónico o cualquier otro, la imagen o sonido obtenidos o producidos durante dichas consultas sin consentimiento expreso y escrito del propio facultativo interviniente o de Sanitas S.A. de Hospitales. No obstante lo anterior, el facultativo podrá conservar copia de la consulta médica a distancia a los efectos de conservarla con la documentación clínica.
- El servicio será prestado exclusivamente a aquellos Asegurados que figuren expresamente dados de alta como tales en la póliza. Con la única excepción de la consulta médica a distancia en Urgencias 24 horas, cada Asegurado deberá solicitar una cita para recibir el servicio. La consulta médica a distancia deberá ser individual para cada Asegurado.
- Si el Asegurado es menor de 18 años la consulta médica a distancia únicamente se realizará previa autorización del representante legal del menor.
- El Asegurado deberá disponer y será responsable de todos los medios técnicos (hardware y software) y de comunicación a distancia necesarios para garantizar el correcto desarrollo de la consulta médica a distancia. SANITAS no es responsable de ningún perjuicio que pueda ocasionarse por fallos de los dispositivos electrónicos, de la conexión o de las carencias de estos medios por parte del Asegurado.
- Esta modalidad de consulta solo constituye una ayuda en la toma de decisiones por parte del facultativo, no sustituye a la consulta médica presencial y no permite realizar el diagnóstico de enfermedades o la prescripción de pruebas diagnósticas o tratamientos médicos en todos los casos

que precisen, según el criterio del médico, de la presencia del Asegurado en la consulta para su evaluación personal y directa incluyendo la exploración física del Asegurado por el especialista. Los resultados de la consulta presencial prevalecerán en todo caso sobre cualesquiera valoraciones y criterios realizados en la consulta médica a distancia.

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

3.2. Procedimiento:

- Con la única excepción de la consulta médica a distancia en Urgencias 24 horas, el Asegurado solicitará cita en este servicio a través de Mi Sanitas en www.sanitas.es o a través de la App móvil.
- En la fecha y hora de la cita el Asegurado deberá conectarse a Mi Sanitas para establecer contacto con el médico e iniciar la consulta médica a distancia siguiendo las demás instrucciones facilitadas por SANITAS en cada momento.

Cláusula VI: Otros aspectos del seguro

1. Bases y pérdida de derechos del contrato

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

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

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

Si el siniestro sobreviene antes de que SANITAS haga la declaración a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de ésta se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que

se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si medió dolo o culpa grave del Tomador del Seguro quedará SANITAS liberada del pago de la prestación (Art. 10 de la Ley de Contrato de Seguro).

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

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

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

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

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. Edad máxima de contratación

La edad máxima de contratación es 69 años. Tan solo podrán incluirse en concepto de Asegurados en la póliza quienes a la fecha de inclusión tengan una edad por debajo de los 69 años, salvo pacto en contrario y sin perjuicio de la edades máximas que se puedan fijar en su caso para las distintas coberturas adicionales o complementarias de esta Póliza.

3. Duración del seguro

3.1 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.

3.2. 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 **o salvo que la extinción de la póliza sea motivada por dolo o culpa grave del Asegurado.**

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 encontrara 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.

3.3. 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.

c) Por cualquier actuación del Asegurado frente al personal asistencial o administrativo que pueda atentar contra el derecho al honor y dignidad personal o pueda ser constitutiva de delito.

3.4. 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.

4. Primas del seguro

4.1. 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 firmado el Contrato y satisfecho el primer recibo de prima.

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

4.3. 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.

4.4. 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.

4.5. 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.

4.6. 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.

4.7. 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.

4.8. 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.

4.9. 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.

5. 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.

En caso de gestación por sustitución (gestación subrogada) el Tomador deberá comunicar a SANITAS la inclusión del menor como Asegurado en la póliza en el plazo de 30 días naturales desde el día que el menor conste inscrito debidamente en el Registro Civil español como hijo del o de los Asegurado/s. **La cobertura asegurada entrará en vigor a partir de la fecha de inclusión del Asegurado en la póliza y no se cubrirán los gastos producidos antes de la fecha de inclusión del asegurado en la póliza y en ningún caso quedarán cubiertos los gastos producidos antes del**

alta hospitalaria tras el nacimiento tanto de la madre como del recién nacido.

6. 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.

7. Reclamaciones

7.1. 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 a 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 se encuentran a su disposición en las oficinas.

2. Según se establece en la Ley de Consumo de Cataluña 22/2010 de 20 de julio publicada en el Diari Oficial de Catalunya nº 5677, los clientes residentes en Cataluña pueden formular su incidencia o reclamación en el teléfono gratuito 900 841 275 o bien en cualquiera de nuestras oficinas en Cataluña (oficina principal en Av. Diagonal 443 de Barcelona).

3. 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 Fondos 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, que ha sido denegada la admisión de la reclamación o desestimada su petición por éste.

4. 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.

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

7.2. 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).

8. Otros aspectos legales a tener en cuenta

8.1. 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.

8.2. Forma de aceptación de las Condiciones

SANITAS remitirá un correo electrónico al Tomador a su dirección facilitada en la solicitud, en el que figurará un enlace que le permitirá registrarse en la Web y elegir una Clave identificativa de seguridad.

Las comunicaciones efectuadas por un corredor de seguros en nombre del Tomador, surtirán los mismos efectos que si las realizara el propio Tomador, salvo indicación en contrario de éste último.

Obtenida su Clave identificativa, el Tomador deberá acceder a www.sanitas.es, donde estarán disponibles las Condiciones Generales y Particulares de su póliza, que deberá aceptar mediante un código que recibirá en el teléfono móvil cuyo número haya facilitado en la solicitud de seguro. A todos los efectos, la utilización del código equivaldrá jurídicamente a la firma autógrafa del Tomador. SANITAS podrá denegar la cobertura asegurada en caso de no aceptar el tomador las condiciones de la Póliza.

8.3. Comunicaciones

8.3.1. 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.

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

8.3.3. El Tomador autoriza a SANITAS a que utilice su nº de teléfono móvil y su dirección de correo electrónico para remitirle las notificaciones, comunicaciones e información relacionada con su póliza, y solicitar su consentimiento/autorización para determinadas prestaciones médicas, siempre que la ley lo permita, por medios electrónicos.

8.3.4. El Tomador acepta la plena validez y eficacia de cualquier notificación remitida por SANITAS a su domicilio, correo electrónico o teléfono facilitados en la solicitud de seguro, mientras no comunique su cambio.

8.3.5. El Tomador acepta los anteriores términos en su nombre y en el de los asegurados de la póliza.

9. Cláusula de protección de datos

Se van a tratar los datos de carácter personal, entre otros, datos identificativos y de salud (en adelante, "**Datos Personales**") del Solicitante, el Tomador y los Asegurados (en adelante "**Interesados**"), proporcionados a través de la solicitud del seguro, además de aquellos recogidos y proporcionados durante la vigencia del contrato. Los Datos Personales son confidenciales y están adecuadamente protegidos. El Solicitante y/o Tomador garantiza 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. El Solicitante será el único responsable de cualquier daño o perjuicio, directo o indirecto, que pudiera ocasionar a Sanitas o a cualquier tercero a causa de documentación facilitada a SANITAS con datos falsos, inexactos, incompletos y/o no actualizados.

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.

En caso de tratarse de una póliza colectiva, la entidad cliente de Sanitas (que podrá coincidir en algunos casos con la figura del Tomador) y Sanitas podrán comunicarse, de forma puntual y cuando resulte estrictamente necesario, los datos identificativos de los Asegurados mínimos e imprescindibles para, exclusivamente, verificar que éstos ostentan las características que les permiten beneficiarse de la póliza acordada entre la entidad cliente de Sanitas y Sanitas, y/o controlar la siniestralidad y acordar consecuentemente la prima de seguro que deba ser aplicada. La entidad cliente de Sanitas se hace responsable de comunicar esta circunstancia a todos los Asegurados. Dicho tratamiento de datos resulta necesario para la correcta ejecución y desarrollo del contrato de seguro.

9.1 Responsable del tratamiento de sus Datos Personales

El responsable del tratamiento de los Datos Personales es SANITAS, SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS, con domicilio social en la C/ Ribera del Loira, 52, 28042, Madrid, España (en adelante, "**Sanitas**"). Los Interesados podrán 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 referida dirección postal para cualquier duda o necesidad que tuvieren en materia de protección de datos personales.

9.2 Finalidades principales y legitimación del tratamiento de los 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 Solicitante/Tomador/Asegurado y Sanitas, así como, para el mantenimiento, desarrollo y ejecución de la relación contractual, consistente, entre otros, en gestionar y dar apoyo en el cuidado de la salud de los Interesados. Así, Sanitas tratará los Datos Personales, de los Interesados, entre otros, para gestionar la relación con éstos, gestionar la póliza etc. pudiendo, en determinados casos llegar a tomar decisiones automatizadas con base únicamente en los procedimientos de análisis para tales fines. En estos supuestos, los Interesados tendrán derecho a la revisión e impugnación de la decisión, así como a solicitar intervención humana, a través de los canales referidos en el apartado 8.6 "Derechos de Tomador/Asegurado". Sanitas podrá tratar los Datos Personales, incluidos datos de salud, para realizar encuestas de satisfacción sobre servicios recibidos como consecuencia de la relación contractual así como la gestión del coaseguro en su caso. Esta finalidad se basa en la necesidad del tratamiento para la ejecución de las presentes condiciones y para la gestión de los sistemas y servicios de asistencia sanitaria y social.

(b) **Análisis de la solvencia económica.**

Sanitas podrá tratar los Datos Personales identificativos del Solicitante/Tomador para consultar sistemas de ficheros de información crediticia como medida para analizar su solvencia económica, así como para prevenir y detectar posibles conductas fraudulentas, en base al interés legítimo de Sanitas en adoptar las medidas necesarias para identificar y gestionar lo anterior.

(c) **Análisis técnicos.** Sanitas podrá tratar Datos Personales para llevar a cabo análisis estadísticos sobre el funcionamiento de la tecnología que da soporte a los servicios prestados, para poder realizar mejoras técnicas, de seguridad, etc. Para ello, Sanitas podrá usar la información que genere al usar

los recursos tecnológicos que ponemos a tu alcance para poder mejorar la calidad, corregir errores, mejorar la usabilidad, etc., en base al interés legítimo de Sanitas en mejorar la calidad de los recursos tecnológicos.

(d) **Gestión de la 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 gestionar la prestación de 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 Datos Personales, incluidos datos de salud, con los profesionales sanitarios que presten el servicio asistencial, solicitando y obteniendo de dichos profesionales información referente a su salud, en particular para valorar las coberturas y el adecuado abono o reintegro de los servicios prestados. Asimismo, como parte de la gestión de la prestación y cobertura del servicio asistencial objeto del contrato consistente, entre otros, en apoyar al Tomador/Asegurado en el cuidado de su salud, Sanitas podrá elaborar perfiles con base en sus Datos Personales, incluidos datos de salud, para hacer llegar información personalizada como por ejemplo, indicaciones y consejos que ayuden al Tomador/Asegurado a cuidar de su salud. Esta finalidad se basa en la necesidad del tratamiento para la ejecución de las presentes condiciones y para la gestión de los sistemas y servicios de asistencia sanitaria y social.

(e) **Investigación para el diseño de modelos asistenciales objeto del contrato de seguro.**

Sanitas podrá tratar los Datos Personales, incluyendo datos de salud, del Tomador/Asegurado para elaborar perfiles que permitan a Sanitas diseñar modelos asistenciales de conformidad con dichos perfiles a efectos

de prevención de salud del Tomador/Asegurado como parte del objeto del contrato de seguro. Esta finalidad se basa en la necesidad del tratamiento para la ejecución de las presentes condiciones y para la gestión de la prestación de asistencia o tratamiento de tipo sanitario.

(f) Ofrecimiento y gestión de programas asistenciales y de prevención objeto del contrato de seguro.

Sanitas, como parte de su apoyo al cuidado de la salud del Tomador/Asegurado y gracias a los análisis y perfiles llevados a cabo, ofrecerá al Tomador/Asegurado los programas asistenciales y de prevención diseñados de conformidad con lo descrito en el apartado anterior. El ofrecimiento y gestión de los programas asistenciales y de prevención se llevará a cabo teniendo en cuenta las características y necesidades específicas del Tomador/Asegurado. Por tanto, Sanitas necesitará tratar los Datos Personales de éstos, incluyendo sus datos de salud, con el fin de poder ofrecer y gestionar distintos modelos asistenciales que se adapten específicamente al Tomador/Asegurado. Esta finalidad se basa en la necesidad del tratamiento para la ejecución de las presentes condiciones y para la gestión de la prestación de asistencia o tratamiento de tipo sanitario.

(g) Gestionar la prestación del servicio de promoción de salud objeto del contrato de seguro.

Como parte del apoyo al cuidado de la salud que da Sanitas en virtud de la relación contractual existente, Sanitas necesita tratar los Datos Personales del Tomador/Asegurado con el fin de gestionar el diseño de planes de gestión de salud específicos para cada Tomador/Asegurado. Para tal fin, Sanitas, como consecuencia del perfilado realizado con base en los Datos Personales del Tomador/Asegurado, gestiona la elaboración de planes de salud personalizados y programas de seguimiento proactivos, apoya la gestión de los casos complejos (como enfermedades graves u hospitalizaciones prolongadas), gestiona la prestación de

asistencia a pacientes crónicos y gestiona también la atención de urgencias. Esta finalidad se basa en la necesidad del tratamiento para la ejecución de las presentes condiciones y para la gestión de la prestación de asistencia o tratamiento de tipo sanitario.

(h) Gestionar el acceso y uso de la herramienta "Mi Sanitas" puesta a disposición como consecuencia del contrato de seguro.

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 los Datos Personales para, entre otros, ofrecer le recomendaciones de salud, poner a disposición del Tomador/Asegurado los recibos y reembolsos, gestionar sus citas, etc. Esta finalidad se basa en la necesidad del tratamiento para la ejecución de las presentes condiciones y para la gestión de los sistemas y servicios de asistencia sanitaria y social. Además, 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, incluyendo datos de salud, (p.ej. informes médicos o pruebas diagnósticas) en una herramienta para el uso exclusivo del Tomador/Asegurado. No obstante, si el Tomador/Asegurado decide utilizar este servicio, se le proporcionará información de privacidad de manera separada.

(i) Gestionar la prestación del servicio de video consulta 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 video consulta, 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. Esta finalidad se basa en la necesidad del tratamiento para la ejecución de las presentes condiciones y para la gestión de los sistemas y servicios de asistencia sanitaria y social.

Asimismo, Sanitas podrá gestionar la grabación de las video consultas que tengan lugar como consecuencia del uso del servicio de "Urgencias 24 horas" con la finalidad de poder gestionar eventuales reclamaciones en relación al servicio recibido a través de la video consulta por el Tomador/Asegurado, en base a la necesidad del tratamiento para la finalidad referida y para la satisfacción del interés legítimo de Sanitas en conservar la documentación que permita atender las consultas y eventuales reclamaciones del Tomador/Asegurado. Sanitas podrá igualmente gestionar la grabación de las video consultas que no se realicen en el marco del servicio de "Urgencias 24 horas" con la finalidad de mejorar la calidad del servicio prestado, siempre y cuando cuente con su consentimiento.

- (j) **Gestión del riesgo actuarial.** Sanitas necesitará tratar los Datos Personales del Tomador/Asegurado, incluyendo datos de salud, 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. Esta finalidad es lícita al ser necesario el tratamiento para el cumplimiento de una obligación legal, que impone la normativa reguladora de las entidades aseguradoras y reaseguradoras; y para la gestión de los

sistemas y servicios de asistencia sanitaria y social.

- (k) **Grabar las conversaciones telefónicas que mantengan los Interesados con Sanitas en relación con la presente póliza.** Dicha grabación se llevará a cabo para su utilización en los procesos de control de calidad de Sanitas, con la finalidad de mejorar la calidad del servicio prestado a los Interesados, en base al interés legítimo de Sanitas mantener procesos de control de calidad y para la gestión de los sistemas y servicios de asistencia sanitaria y social. Asimismo, Sanitas podrá utilizar estas grabaciones, 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, en base al interés legítimo de Sanitas en formular, ejercer y/o asegurar la defensa de reclamaciones, y a la necesidad del tratamiento para asegurar lo anterior. El Interesado podrá solicitar a Sanitas copia o transcripción escrita del contenido de las conversaciones grabadas entre ambos a través de los canales indicados en el apartado "Derechos de los Interesados".
- (l) **Cumplimiento de obligaciones que le correspondan a Sanitas por mandato legal.** En determinadas ocasiones, Sanitas necesitará tratar los Datos Personales del Solicitante y/o 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. Esta finalidad es lícita al ser necesario el tratamiento para el cumplimiento de obligaciones legales aplicables a Sanitas; y para la gestión de los sistemas y servicios de asistencia sanitaria y social.
- (m) **Elaboración de perfiles con fines de mercadotecnia y mejora comercial de los servicios prestados por Sanitas.**

Para poder ofrecer al Solicitante y/o Tomador/Asegurado los productos y servicios que mejor se adapten a sus intereses y necesidades, Sanitas podrá elaborar perfiles con base en los Datos Personales del Solicitante y/o Tomador/Asegurado, incluyendo sus datos de salud, con el objetivo de que su experiencia con Sanitas esté lo más orientada posible a ellos y poder seguir personalizándola durante la prestación del servicio objeto del contrato de seguro. Estos perfiles se definirán en función de los Datos Personales de los Interesados de los que dispone Sanitas, por ejemplo el tipo de seguro contratado, que permitirán a Sanitas seleccionar los productos o servicios que se adapten al Interesado, y pudiendo así personalizar su experiencia. En particular, lo anterior se llevará a cabo para:

- La gestión y envío de comunicaciones comerciales basadas en el perfil del Solicitante y/o Tomador/Asegurado por cualquier canal, incluido por vía electrónica sobre productos y servicios similares al contrato de seguro. Esta finalidad es lícita en base al interés legítimo de Sanitas en informar de los servicios, novedades, promociones, etc. que mejor se adaptan al perfil del Solicitante y/o Tomador/Asegurado, relacionadas con los servicios contratados y para la gestión de los sistemas y servicios de asistencia sanitaria y social. En caso de que no se haya contratado un seguro con Sanitas, la finalidad es lícita en base al consentimiento del interesado, ya que el tratamiento se realizará con autorización previa.
- El envío de comunicaciones comerciales basadas en el perfil del Solicitante y/o Tomador/Asegurado por cualquier canal incluido por vía electrónica sobre nuevos productos y servicios. La finalidad es lícita en base al consentimiento del interesado, ya que el tratamiento se realizará con autorización previa.
- El envío por parte de Sanitas de comunicaciones comerciales basadas en el perfil del Solicitante y/o Tomador/Asegurado por cualquier canal,

incluido por vía electrónica sobre productos y servicios de terceros. La finalidad es lícita en base al consentimiento del interesado, ya que el tratamiento se realizará con autorización previa.

- La anticipación a las necesidades de salud del Tomador/Asegurado, para mejorar los servicios que se le prestan y ofrecen, incluyendo por ejemplo la detección del momento en que es necesario aumentar los recursos para la atención personalizada del Tomador/Asegurado. Esta finalidad es lícita en base al interés legítimo de Sanitas en ofrecer los mejores servicios posibles apoyando al Tomador/Asegurado en el cuidado de su salud, y la necesidad del tratamiento la gestión de los sistemas y servicios de asistencia sanitaria y social.

(n) **Llevar a cabo procedimientos de anonimización y seudoanonimización de sus Datos Personales, incluyendo datos personales de salud, con fines de mercadotecnia, de mejora de la relación con el Tomador/Asegurado, y de investigación científica y/o estadística.**

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, o con el fin de poder conocer las tendencias del estado de salud de los individuos, establecer patrones de enfermedades, etc., así como para entender qué servicios pueden encajar mejor a determinados colectivos y poder ponerlo en su conocimiento. Este tratamiento es lícito en base al interés legítimo de Sanitas y su necesidad para la gestión de los sistemas y servicios de asistencia sanitaria y social, así como en

base a su necesidad para fines de investigación científicas y/o estadística.

(o) **Ceder los Datos Personales de los Interesados a Empresas del Grupo**, para:

- El envío de comunicaciones comerciales sobre productos y servicios de dichas empresas del grupo basadas en el perfil del Solicitante y/o Tomador/Asegurado por cualquier vía, incluyendo vía electrónica, en base al consentimiento otorgado por el Interesado.
- La anticipación a las necesidades de salud del Tomador/Asegurado, elaborando las empresas del Grupo perfiles y llevando a cabo análisis estadísticos con el fin de mejorar los servicios prestados por las entidades del Grupo y poder ofrecérselos al Tomador/Asegurado, en función de sus características particulares, en base al consentimiento otorgado por el Interesado.
- Fines administrativos internos, en base al interés legítimo de Sanitas en transmitir datos personales dentro de su grupo empresarial con este fin, que incluye el tratamiento de Datos Personales.

(p) **Ceder Datos Personales a terceras empresas**. Sanitas podrá ceder los Datos Personales del Interesado a cualquier otra entidad con la que establezcan vínculos de colaboración para la efectividad de las relaciones contractuales con el Interesado. En particular, las categorías de destinatarios, identificadas en la Información Adicional, que podrán recibir los Datos Personales serán, entre otras, entidades co/aseguradoras y reaseguradoras, corredores de seguros, entidades con las que se establezca un vínculo comercial, profesionales sanitarios, centros médicos y hospitales. Las cesiones se realizarán para:

- Fines de reaseguro de riesgo, en base al interés legítimo de Sanitas en gestionar el riesgo asumido, y a la necesidad del tratamiento para la gestión de los sistemas y servicios de asistencia sanitaria y social.

- El envío de comunicaciones comerciales basadas en el perfil del Solicitante y/o Tomador/Asegurado por cualquier canal, incluido por vía electrónica sobre productos y servicios de terceros, en base al consentimiento otorgado por el Interesado.
- Analizar el uso de las páginas webs y aplicaciones de Sanitas, en base al consentimiento otorgado por el Interesado.

9.3 Procedencia de los Datos Personales

El origen de los Datos Personales tratados por Sanitas puede variar en cada caso. En particular, Sanitas podrá tratar los Datos Personales, incluyendo datos de salud que (i) el Solicitante/Tomador y/o Asegurado(s) facilite a través de los formularios correspondientes; (ii) se hayan generado como consecuencia de la prestación del servicio de Sanitas y; (iii) Sanitas haya obtenido a través de corredores, agentes de seguros o terceros colaboradores.

9.4 Tiempo de conservación de los Datos Personales

Sanitas tratará los Datos Personales de los Interesados y los conservará por el tiempo que dure la relación contractual entre Sanitas y el Tomador y/o Asegurado y/o hasta que expiren las obligaciones legales que resulten aplicables. Para aquellas finalidades que el Interesado haya consentido al tratamiento de sus Datos Personales o para las que exista la posibilidad de oponerse, Sanitas dejará de tratar, para esa finalidad en particular, los Datos Personales inmediatamente después de la retirada de consentimiento u ejercicio de oposición. Todo lo anterior se entiende sin perjuicio de la conservación posterior que resulte necesaria para la formulación, el ejercicio o la defensa de potenciales reclamaciones, para cumplir con obligaciones de conservación de documentación clínica, siempre que lo permitiese la legislación aplicable o para poner los Datos Personales a disposición de jueces y tribunales, el Ministerio Fiscal o las Administraciones Públicas. Durante este periodo adicional, Sanitas conservará los Datos Personales de forma bloqueada. Una vez finalizado el

mencionado plazo, Sanitas se compromete a cesar el tratamiento de todos los datos personales. No obstante todo lo anterior, 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 y atendiendo al caso concreto.

9.5 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 de los Interesados como encargados del tratamiento. Los Interesados entienden 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. Para asegurar que los Datos Personales se tratan con un nivel de protección equivalente al que ya existe, Sanitas ha adoptado las garantías apropiadas. Dichas transferencias internacionales se realizan al amparo de una decisión de adecuación de la Comisión Europea, de garantías adecuadas reconocidas por la normativa (como cláusulas contractuales tipo), o de la autorización de la Agencia Española de Protección de Datos, cumpliendo con las medidas de seguridad adecuadas. Puede consultar más información en el apartado Transferencias Internacionales de datos de la Información Adicional. Para obtener una copia de dicha autorización, puede ponerse en contacto con Sanitas por los medios establecidos en el apartado "Derechos de los Asegurados".

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 "Finalidades principales y legitimación del tratamiento de los Datos Personales".

Además de lo anterior los Interesados entienden 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 Organos 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 Tomador/Asegurado de los gastos de asistencia sanitaria y para la atención de las reclamaciones presentadas por los propios Tomadores/Asegurados.

9.6 Derechos de los Interesados

Sanitas informa a los Interesados sobre la posibilidad que les 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 los Interesados, y en su caso por quien los 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. El Tomador/Asegurado podrá ejercer sus derechos también a través de Mis Sanitas <http://www.sanitas.es/misanitas/online/cliente/s/contacto/index.html>. También pueden los Interesados ejercitar sus derechos a través de los formularios habilitados para ello en la

Información Adicional, en el apartado "Derechos ARCO". En este apartado también podrán encontrar una explicación más detallada de los derechos. 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 el apartado "Derechos" en la Información Adicional.

Además de los anteriores derechos, los Interesados tendrán 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 de los Interesados en la medida en que la ley aplicable lo permita. Sanitas recuerda a los Interesados que tienen derecho a **presentar una reclamación ante la autoridad de control** pertinente.

No obstante lo anterior, Sanitas informa al Interesado que tiene a su disposición un sistema de resoluciones de conflicto interno en el que el Delegado de Protección de Datos adopta un rol activo como mediador tratando de gestionar de la manera más ágil posible, cualquier reclamación que el Interesado envíe a la dirección postal o de correo electrónica indicada en el apartado "Responsable del Tratamiento de los Datos Personales". Sanitas anima al Interesado a ponerse en contacto con el Delegado de Protección de Datos con carácter previo a presentar una reclamación ante la autoridad de control pertinente.

9.7 Baja en el servicio del envío de comunicaciones comerciales

Tal y como se ha mencionado en el apartado anterior, el Interesado 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 Interesado 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.

9.8 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.

9.9 Información Adicional

Sanitas pone a disposición del Solicitante, Tomador y Asegurados Información Adicional sobre el tratamiento de sus Datos Personales en www.sanitas.es/RGPD, en el apartado "Sanitas Seguros", y les invita a consultarla.

9.10 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 Interesado 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 Interesado pueda otorgar su consentimiento.

10. Jurisdicción

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

11. Prevención del blanqueo de capitales y de la financiación del terrorismo

SANITAS no asumirá ninguna prestación bajo la cobertura asegurada de esta póliza si ello supone una infracción de la normativa española, del Reino Unido, de la Unión Europea, de los Estados Unidos de América, o en general de las leyes internacionales, reservándose el derecho en los casos que proceda, a dar de baja al Asegurado afectado por dicha infracción . Del mismo modo podrá rechazar el alta de un nuevo asegurado, si ello puede llegar a suponer la infracción de alguna de dichas normativas.

12. Cómo contactar con nosotros

Servicio de Atención al Cliente

91 752 28 52 / 93 362 34 49 / 900 906 210

Hecho por duplicado en Madrid a 25 de febrero de 2023
Por el Asegurado / Tomador del seguro Por SANITAS



Javier Ibañez
Sanitas, S.A. de Seguros