



# **SUS CONDICIONES GENERALES**

**Sanitas Sociedad Anónima de Seguros**

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

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

**Domicilio social Ribera del Loira, 52 - 28042 Madrid**

**C.I.F. A-28037042**

# Glosario de términos

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

## ACCIDENTE

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

## ASEGURADO

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

## ASEGURADOR O ENTIDAD ASEGURADORA

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

## ASISTENCIA AMBULATORIA

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

## ATENCIÓN ESPECIAL EN DOMICILIO

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

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

## BENEFICIARIO

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

## CONSULTA

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

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

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

## DIAGNÓSTICO

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

## **ENFERMEDAD**

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

## **ENFERMEDAD CONGÉNITA**

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

## **ENFERMEDAD PREEXISTENTE**

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

## **FRANQUICIA**

Porcentaje de los gastos médicos y/u hospitalarios incluidos en la cobertura del seguro que, conforme a lo establecido en las correspondientes garantías, corre a cargo del propio Tomador del Seguro o del Asegurado y que no son objeto de reembolso por el Asegurador.

## **HABITACIÓN CONVENCIONAL**

Habitación de una sola estancia o habitáculo, dotada de instalaciones sanitarias de vacío y oxígeno. No se entienden como convencionales las suites o habitaciones con antesala.

## **HOSPITAL**

Todo establecimiento público o privado legalmente autorizado para el tratamiento de enfermedades o lesiones corporales, provisto de los medios para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas. Dicho establecimiento debe estar atendido por un médico las 24 horas del día. A los efectos de la póliza, no se consideran hospitales los hoteles, casas de reposo, balnearios, instalaciones dedicadas principalmente al tratamiento de enfermedades crónicas e instituciones similares.

## **HOSPITALIZACIÓN**

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

## **HOSPITALIZACIÓN DE DÍA**

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

## **INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA**

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

## **LESIÓN**

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

## **MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS**

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

## **MATERIAL ORTOPÉDICO**

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

## **MÉDICO**

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

## **MÉDICO/ CIRUJANO CONSULTOR**

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

## **ODONTÓLOGO**

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

## **PARTO**

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

## **PLAZOS DE CARENCIA**

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

## **PLAZO DE DISPUTABILIDAD**

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

## **PÓLIZA**

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

## **PRESTACIÓN**

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

## **PRIMA**

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

## **PRÓTESIS**

Todo elemento de cualquier naturaleza, que reemplaza temporal o permanentemente la ausencia de un órgano, tejido, fluido orgánico, miembro o parte de alguno de éstos. A título de ejemplo, tienen esa consideración los elementos mecánicos o biológicos tales como recambios valvulares cardíacos, sustituciones articulares, piel sintética, lentes intraoculares, los materiales biológicos (córnea), los fluidos, geles y líquidos sintéticos o semisintéticos sustitutivos de humores o líquidos orgánicos, reservorios de medicamentos, sistemas de oxigenoterapia ambulantes, etc.

## **PSICOLOGÍA**

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

## **PUERICULTOR**

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

## **RECIÉN NACIDO**

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

## **SANITAS 24 HORAS**

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

## **SERVICIOS A DOMICILIO**

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

## **SERVICIOS DE URGENCIA A DOMICILIO**

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

## **SINIESTRO**

Todo hecho cuyas consecuencias estén total o parcialmente cubiertas por la Póliza. Se considera que constituye un sólo y único siniestro el conjunto de servicios derivados de una misma causa.

## **TOMADOR DEL SEGURO**

Es la persona, física o jurídica que, junto con el Asegurador, suscribe este contrato, y a la que corresponden las obligaciones que del mismo se derivan, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado.

## **TRATAMIENTO**

Servicios y/o actuaciones realizados para mejorar o sanar una patología de presentación aguda o crónica necesariamente controlados o administrados por un equipo médico.

## **VISITA / CONSULTA**

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

## **URGENCIA**

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





# Cláusula preliminar

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

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



## ¿Qué cubre su seguro?

### Modalidad I: Prestación de asistencia sanitaria por Cuadro Médico

Por el presente contrato, el Asegurador asume, en los términos y con los límites que se expresan en las presentes Condiciones Generales, en las Particulares y, en su caso, en las Especiales y Suplementos de Póliza que se emitan, la totalidad de los gastos (en caso de utilizar el cuadro médico concertado), razonables y usuales, realmente incurridos por el Asegurado, derivados de la asistencia médico-quirúrgica y/u hospitalaria que le sea prestada a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto por la presente Póliza, a través de las siguientes GARANTÍAS:

#### 1. MEDICINA PRIMARIA

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

**1.2. Pediatría y puericultura:** comprende la asistencia de niños hasta cumplir los 14 años de edad, en consultorio y a domicilio, la indicación y prescripción de las pruebas y

medios diagnósticos básicos (analítica, ecografía y radiología general), aplicándose las mismas normas ya citadas en medicina general.

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

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

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

#### 2.URGENCIAS

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

#### 3. ESPECIALIDADES MÉDICAS, QUIRÚRGICAS Y PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

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

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

**3.2. Análisis clínicos**

**3.3. Anatomía patológica**

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

**3.5. Angiología y cirugía vascular.**

**3.6. Aparato digestivo:** comprende la prevención del cáncer colorrectal, consulta médica, exploración física, exploraciones endoscópicas en caso necesario, **previa prescripción escrita de un médico concertado con la Entidad Aseguradora**

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

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

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

**3.10. Cirugía oral y maxilofacial.**

**3.11. Cirugía pediátrica.**

**3.12. Cirugía plástica y reparadora**

**3.13. Cirugía torácica**

**3.14. Dermatología**

**3.15. Endocrinología**

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

**3.17. Hematología y hemoterapia**

**3.18. Medicina interna**

**3.19. Medicina nuclear**

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

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

**A/ Oncología Diagnóstico:**

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

**B/ Estadificación:**

- Tumores de cabeza y cuello, incluyendo biopsia guiada asistida.
- Cáncer de pulmón primario.
- Cáncer de mama localmente avanzado.

- Cáncer de esófago.
- Carcinoma de páncreas.
- Cáncer colorrectal, especialmente en las recurrencias.
- Linfoma maligno.
- Melanoma maligno, con Breslow mayor de 1,5 mm o metástasis en nódulos linfáticos en el diagnóstico inicial.

#### **C/ Monitorización de la respuesta al tratamiento:**

- Linfoma maligno.
- Tumores de cabeza y cuello.

#### **D/ Detección en caso de sospecha razonable de recidiva:**

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

#### **E/ Neurología:**

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

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

#### **3.21. Neonatología**

#### **3.22. Neumología**

#### **3.23. Neurocirugía**

#### **3.24. Neurología**

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

**Quedan excluidas las intervenciones quirúrgicas sobre el no nacido**

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

**Quedan excluidas las cirugías profilácticas**

**Quedan expresamente excluidas todas las pruebas genéticas a excepción del cariotipo, factor v leiden y mutación 20210 del gen de la protombina. Asimismo, se excluyen todas las pruebas encaminadas a tratamientos de reproducción asistida**

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

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

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

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

**3.29. Otorrinolaringología:** Comprende la cirugía mediante láser.

#### **3.30. Proctología**

### 3.31. Psiquiatría.

### 3.32. Reumatología

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

También comprende:

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

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

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

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

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

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

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

### 3.34. Radiología intervencionista o invasiva:

Previa prescripción escrita de un facultativo de la Entidad y tras la autorización de la misma.

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

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

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

### 3.38. Rehabilitación

## 4. MÉTODOS TERAPÉUTICOS

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

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

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

### 4.3. Litotricia del aparato urinario

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

**4.5. Oxigenoterapia:** tanto en supuestos de ingreso en institución hospitalaria como a domicilio. Incluye la oxigenoterapia ambulante

exclusivamente **para aquellos pacientes crónicos que requieran tratamiento con oxígeno durante al menos 16 horas al día.**

**4.6. Quimioterapia:** la Entidad proporcionará la medicación antitumoral que pueda precisar el enfermo, en tantos ciclos como sean necesarios. La prescripción de dicha medicación deberá ser siempre realizada por el médico especialista en oncología que esté encargado de la asistencia al enfermo. Los tratamientos correrán por cuenta de la Entidad, **siempre que se apliquen en centro asistencial, tanto en régimen ambulatorio como en ingreso**, cuando el internamiento se hiciera necesario, y siendo en todos los casos el médico especialista encargado de la asistencia quien dispondrá la forma y tratamientos a realizar. En estos tratamientos, el Asegurador, por lo que se refiere a los medicamentos, **sólo correrá con los gastos correspondientes a los productos farmacéuticos específicamente citostáticos que se expendan en el mercado nacional en las indicaciones relacionadas en la ficha técnica del producto autorizadas por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios**, y que se expendan en el mercado nacional

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

**4.8. Fisioterapia:** está comprendida únicamente con carácter ambulatorio y exclusivamente para las afecciones de origen en el aparato locomotor **siempre que no se trate de un proceso crónico o degenerativo.** Se prestará siempre en los centros designados por la Entidad Aseguradora. En régimen de ingreso hospitalario se prestará sólo y exclusivamente para la recuperación del aparato locomotor secundaria a una cirugía ortopédica y la recuperación cardiaca tras la cirugía con circulación extracorpórea. También comprende el drenaje linfático postmastectomía de origen neoplásico.

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

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

## 5. OTROS SERVICIOS

**5.1. Ambulancia:** se prestará este servicio por vía terrestre para el traslado de los enfermos al hospital y viceversa, siempre y cuando los recursos asistenciales concertados no sean suficientes para atender al asegurado en el lugar donde se halle o este solicite ir a su provincia de residencia. Para solicitar el servicio será necesario el volante de un médico del Asegurador, diligenciado en la oficina del mismo, salvo los casos urgentes, en que no será necesario dicho volante. **Esta prestación no incluye los traslados requeridos para tratamientos de rehabilitación, realización de las pruebas diagnósticas ni asistencia a consultas médicas en régimen ambulatorio.**

**5.2. Podología (quiropodia): limitado a seis sesiones anuales.**

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



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

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

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

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

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

4. Quimioterapia o Tratamiento del Dolor: Reservorios.

5. Otros materiales quirúrgicos: Mallas abdominales, excepto las utilizadas como sistemas de cierre en cirugías laparoscópicas; sistemas de suspensión urológica; sistemas de derivación de líquido cefalorraquídeo (hidrocefalia); prótesis de

mama y expansores, **exclusivamente en la mama afectada por una cirugía tumoral previa.**

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

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

## 6. HOSPITALIZACIÓN

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

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

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

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

quedando la estancia limitada a un periodo máximo de cincuenta (50) días por y año.

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

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

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

## 7. SEGUNDA OPINIÓN

**Comprende una segunda opinión sobre el diagnóstico o tratamiento médico en el caso de enfermedades graves, de carácter crónico, que necesiten una atención programada, cuyo curso requiera medidas excepcionales diagnósticas o terapéuticas y/o su pronóstico vital esté gravemente comprometido. Esta segunda opinión será emitida por especialistas, centros asistenciales, médicos o académicos de primer nivel, en cualquier país del mundo.** Para utilizar este servicio el Asegurado remitirá el expediente clínico que comprenderá información médica escrita, radiografías u otros diagnósticos por imagen realizados excluyendo cualquier envío de material biológico o sintético. El expediente se hará llegar, con la debida confidencialidad, al especialista o centro correspondiente según la enfermedad de que se trate.

## 8. SANITAS 24 HORAS

**Servicio telefónico que comprende la atención informativa facilitada por un equipo médico,**

**que asesorará al Asegurado sobre sus preguntas de carácter médico, tratamientos, medicación, lectura de análisis, etc., las 24 horas del día, los 365 días del año.**

## 9. PSICOLOGÍA

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

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

## 10. DETERMINADOS GASTOS DE ALOJAMIENTO

Los gastos exclusivamente del alojamiento en hotel del acompañante, en aquellos casos en que la hospitalización del Asegurado se haya producido fuera de la provincia de su domicilio declarado en la póliza, siempre que la habitación del centro hospitalario no cuente con cama de acompañante y hasta un máximo de 250 euros al día y con el límite de diez (10) días por anualidad y persona asegurada.

## 11. ASISTENCIA EN ESTADOS UNIDOS

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

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

Límite total en Estados Unidos: 500.000€

- Asistencia hospitalaria hasta 443.500€ con el sublímite parto hasta 1.500€
- Asistencia extrahospitalaria, hasta 54.000€

La presente cobertura se presta en virtud del acuerdo de colaboración con United Healthcare, quedando sin efecto en caso de extinción de dicho acuerdo.

## 12. PLAZOS DE CARENANCIA

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

- **Cirugía bariátrica** en obesidad mórbida: sesenta meses
- **Hospitalización e intervenciones quirúrgicas** en régimen asistencial de Hospitalización o de Hospitalización de Día, incluida la asistencia al parto: ocho meses
- **Intervenciones quirúrgicas** en régimen asistencial de Asistencia Ambulatoria: tres meses

- **Pruebas diagnósticas de alta tecnología:** seis meses
- Los siguientes **Métodos Terapéuticos Complejos:** cardiología intervencionista/hemodinamia; radiología intervencionista; radioterapia; quimioterapia; y litotricia: seis meses
- **Vasectomía y ligadura de trompas:** ocho meses
- **Psicología:** seis meses

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

## Modalidad II: Reembolso de gastos sanitarios

Por el presente contrato, el Asegurador asume, en los términos y con los límites que se expresan en las presentes Condiciones Generales, en las Particulares y, en su caso, en las Especiales y Suplementos de Póliza que se emitan, el reembolso de una parte (en caso de utilizar la fórmula de reembolso), razonables y usuales, realmente incurridos por el Asegurado, derivados de la asistencia médico-quirúrgica y/u hospitalaria que le sea prestada a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto por la presente Póliza, a través de las siguientes GARANTÍAS:

**Garantía de Asistencia Hospitalaria.** Comprende el reembolso parcial por parte del Asegurador de los gastos correspondientes exclusivamente a la asistencia médica y/o quirúrgica prestada al Asegurado como consecuencia del internamiento del mismo como paciente en un hospital.

Quedan incluidos dentro de esta garantía los gastos originados por intervención quirúrgica, siempre que éstas sean prescritas y realizadas por un médico (honorarios de cirujano y sus ayudantes, anestesista, 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.

Para tener derecho al reembolso parcial por parte del Asegurador, de los gastos citados en los dos párrafos anteriores, a efectos de la presente Póliza, será necesario que dicho internamiento haya sido prescrito por un médico.

Asimismo, serán objeto de reembolso parcial por parte del Asegurador, los gastos relativos a la asistencia médica y/o quirúrgica en régimen hospitalario debida a parto, que incluye los siguientes gastos: habitación convencional con cama de acompañante y manutención de la parturienta, curas y su material, así como los derechos de paritorio y medicamentos que la parturienta consuma durante su estancia en el hospital, los honorarios de tocólogo, anestesta y matrona.

**Garantía de Asistencia Extrahospitalaria:** Comprende el reembolso parcial por parte del Asegurador de los gastos correspondientes a consultas médicas y servicios de urgencia a domicilio. Igualmente comprende el reembolso parcial por parte del Asegurador de los gastos correspondientes a pruebas diagnósticas, métodos terapéuticos y cirugía de día o ambulatoria que le sean practicados al Asegurado por prescripción de un médico.

Comprende, asimismo, el reembolso parcial por parte del Asegurador de los gastos originados por consultas odontológicas y extracciones, curas estomatológicas derivadas de estas extracciones y limpieza de boca prescritas por un facultativo.

Queda incluido el servicio de ambulancia por vía terrestre, para el traslado del Asegurado a un hospital o desde éste a su domicilio por prescripción de un médico. En caso de servicios recomendados por el Asegurador, este servicio se prestará cuando los recursos asistenciales concertados no sean suficientes para atender al Asegurado en el lugar donde se halle o éste solicite ir a su provincia de

residencia. En caso de reembolso, además el servicio se prestará de conformidad con los límites económicos establecidos en las Condiciones Particulares de la póliza.

Esta prestación no incluye los traslados requeridos para tratamientos de rehabilitación, realización de pruebas diagnósticas ni asistencia a consultas médicas en régimen ambulatorio. Queda también incluida la atención especial en domicilio prescrita por un médico, exclusivamente a través de los servicios médicos recomendados por el Asegurador.

Asimismo, queda incluido el servicio de podología (quiropodia) con el límite máximo de sesiones fijado en las Condiciones Particulares de la Póliza

**Garantía de Prótesis:** Comprende exclusivamente el reembolso parcial por parte del Asegurador del importe de las siguientes prótesis internas de Traumatología y de Cirugía Ortopédica: prótesis articulares, tornillos y placas de fijación interna. Comprende asimismo, las siguientes prótesis vasculares y cardíacas: válvulas cardíacas, by-pass vasculares, stent, marcapasos temporales y definitivos, prótesis mamarias post mastectomía de origen neoplásico y lente intraocular monofocal (LIO) para cirugía de catarata. Incluye también los reservorios implantables de acceso venoso utilizados en Oncología y los reservorios para medicación para el tratamiento del dolor. **Queda excluido cualquier tipo de material ortopédico, los fijadores externos, materiales biológicos o sintéticos, injertos (excepto los injertos óseos) desfibrilador automático implantable y el corazón artificial.** En cualquier caso, estas prótesis deberán ser prescritas siempre por un médico.

**Garantía de Psiquiatría:** Comprende el reembolso parcial por parte del Asegurador de los gastos correspondientes a la asistencia médica y/u hospitalaria de las enfermedades mentales bajo prescripción facultativa.

**Garantía de Recién Nacidos:** Comprende el reembolso parcial (en caso de utilizar la

fórmula del reembolso) o, en su caso, la asunción total (en caso de utilizar el cuadro médico concertado) por parte del Asegurador de los gastos correspondientes a la asistencia médica y/u hospitalaria que precise el recién nacido desde el momento de su nacimiento, siempre y cuando haya sido dado de alta en la Entidad.

En caso de utilizar la modalidad de reembolso y si los gastos citados en el párrafo anterior fueran como consecuencia de enfermedades de carácter congénito, el reembolso se otorgará únicamente durante el primer año de vida del recién nacido y con el límite máximo económico fijado en las Condiciones Particulares de la Póliza. Dicho límite se entenderá como suma asegurada de la cobertura de la Póliza del recién nacido.

Además, para tener derecho a esta garantía es necesario que el alta de la madre en la Póliza haya tomado efecto con menos de 365 días de antelación al parto, así como que el recién nacido haya sido dado de alta en la Entidad.

**Garantía de Rehabilitación:** Comprende, asimismo, el reembolso parcial por parte del Asegurador de los gastos correspondientes exclusivamente, sin perjuicio de lo indicado en el párrafo siguiente, a la rehabilitación prestada para las afecciones del aparato locomotor, con carácter ambulatorio en los centros designados por la Entidad. En régimen hospitalario, queda cubierta la rehabilitación postquirúrgica, para recuperación del Aparato Locomotor secundaria a una Cirugía Ortopédica y la rehabilitación cardíaca para recuperación postcirugías con circulación extracorpórea.

#### **Plazos de Carencia:**

Garantía de Asistencia Hospitalaria:

- **Hospitalización e intervenciones quirúrgicas** en régimen asistencial de Hospitalización o de Hospitalización de Día, incluida la asistencia al parto: ocho meses

- **Intervenciones quirúrgicas en régimen asistencial de Asistencia Ambulatoria:** tres meses

- **Pruebas diagnósticas de alta tecnología:** seis meses

- Los siguientes **Métodos Terapéuticos Complejos:** cardiología intervencionista/hemodi-namia; radiología intervencionista; radioterapia: quimioterapia: y litotricia: seis meses

- **Psicología:** seis meses

- **Vasectomía y ligadura de trompas:** ocho meses

- **Cirugía bariátrica** en obesidad mórbida: sesenta meses

#### **Plazos de Carencia:**

Garantía de Asistencia Extrahospitalaria:

- **Hospitalización e intervenciones quirúrgicas** en régimen asistencial de Hospitalización o de Hospitalización de Día, incluida la asistencia al parto: ocho meses

- **Intervenciones quirúrgicas en régimen asistencial de Asistencia Ambulatoria:** tres meses

- **Pruebas diagnósticas de alta tecnología:** seis meses

- Los siguientes **Métodos Terapéuticos Complejos:** cardiología intervencionista/hemodi-namia; radiología intervencionista; radioterapia: quimioterapia: y litotricia: seis meses

- **Psicología:** seis meses

- **Vasectomía y ligadura de trompas:** ocho meses

- **Cirugía bariátrica** en obesidad mórbida: sesenta meses

Garantía de Psiquiatría:

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

## 13. FRANQUICIAS

**13.1. Con carácter general, el asegurador** 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 médica y/u hospitalaria contemplada en las Garantías de Asistencia Hospitalaria, Asistencia Extrahospitalaria, Prótesis, Psiquiatría, Recién Nacidos y Rehabilitación, anteriormente descritas por los riesgos cubiertos y no excluidos, conforme a lo establecido en la Cláusula Primera de las presentes Condiciones Especiales, siendo la diferencia porcentual restante a cargo del propio Asegurado.

**13.2. No obstante, en el caso de que el** Asegurado utilice los servicios asistenciales médicos y/u hospitalarios en España recomendados por el Asegurador, 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 por cuenta y a cargo del Asegurador, quien efectuará directamente el pago por dichos servicios. Para ello, el Asegurado no desembolsará cantidad alguna y deberá presentar su tarjeta Sanitas. Igualmente, vendrá obligado a exhibir su Documento Nacional de Identidad o Tarjeta de Residencia, si así le fuesen requeridos.

**13.3.** Asimismo, en el caso de que el Asegurado utilice los servicios asistenciales médicos y/u hospitalarios en el Extranjero recomendados por el Asegurador, el Tomador del Seguro o Asegurado no tendrá que hacer efectivo el pago por dichos servicios, corriendo la totalidad de los gastos médicos y/u hospitalarios por cuenta y a cargo del Asegurador, quien efectuará directamente el pago por dichos servicios. Para ello, el Asegurado no desembolsará cantidad alguna y será necesaria la autorización previa y tramitación por parte del Asegurador.



## ¿Qué no cubre su seguro?

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

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

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

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

4. La asistencia sanitaria que exija el tratamiento por enfermedades o accidentes laborales, profesionales y en competiciones deportivas, la derivada de la utilización de vehículos a motor cubierta por el Seguro del Automóvil de Suscripción Obligatoria, así como los gastos derivados de la asistencia sanitaria prestada en centros de la Seguridad Social o centros integrados en el Sistema Nacional de Salud que no estén concertados con el Asegurador.

5. La asistencia sanitaria derivada de alcoholismo crónico, drogadicción, intoxicaciones debidas al abuso del alcohol, de psicofármacos, estupefacientes o alucinógenos, intento de suicidio y autolesiones, así como la asistencia sanitaria por enfermedades o accidentes sufridos por dolo del Asegurado. No obstante, se prestará la asistencia de urgencia.

6. Los productos farmacéuticos fuera del régimen de hospitalización -salvo la quimioterapia administrada en centros concertados así como vacunas de todo tipo y productos de parafarmacia.

7. Quedan expresamente excluidos todos aquellos procedimientos diagnósticos y terapéuticos cuya seguridad y eficacia clínicas no estén debidamente contrastadas científicamente o hayan quedado manifiestamente superadas por otras disponibles. Igualmente, quedan excluidos aquellos procedimientos, de carácter experimental o que no tengan suficientemente probada su contribución eficaz a la prevención, tratamiento o curación de las enfermedades, conservación o mejora de la esperanza de vida, autovalimiento y eliminación o disminución del dolor y el sufrimiento y los que consisten en meras actividades de ocio, descanso, confort o deporte. Los tratamientos en balnearios y curas de reposo.



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

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

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

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

12. Están excluidos los tratamientos capilares con finalidad estética.

13. La hospitalización por problemas de tipo social.

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

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

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

17. Las prótesis de cualquier clase o naturaleza, salvo las prótesis relacionadas en el apartado ¿Qué cubre su seguro? de las presentes Condiciones Especiales.

18. Tratamientos crónicos de diálisis y hemodiálisis.

19. Los gastos por viaje y desplazamientos

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

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

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

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

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

22. Cirugía de cambio de sexo

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

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

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

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

27. La asistencia sanitaria por enfermedades o lesiones producidas practicando como aficionado, boxeo, rugby, toreo, en pruebas de velocidad o resistencia con vehículos a motor, incluso entrenamientos, bobsleigh, deportes aéreos en general (paracaidismo, ascensiones en globo, ala-delta, ultraligeros, planeadores y similares), esgrima, así como la práctica de deportes realizada profesionalmente y el esquí de competición, salvo pacto en contrario.

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

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

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

31. Todos los medicamentos no comercializados en España.



## Otras condiciones especiales

### CONDICIONES ESPECIALES DE LA GARANTÍA OPCIONAL DE ACCIDENTES

#### 1. OBJETO DEL SEGURO

Por el presente contrato el Asegurador garantiza, dentro de los límites establecidos en las presentes Condiciones Especiales, Generales y Particulares de esta Póliza, el pago de las indemnizaciones convenidas cuando el Asegurado sufra un accidente corporal durante el ejercicio de las ocupaciones profesionales declaradas y/o en el desenvolvimiento de cualquier otra actividad de la vida ordinaria que no tenga carácter profesional.

Se considera accidente la lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado que produce muerte o invalidez permanente y da lugar al pago de las garantías de la Póliza.

También se considerarán accidente las lesiones producidas practicando cualquier deporte como aficionado salvo los excluidos en estas Condiciones Especiales, y en su caso en las Condiciones Particulares correspondientes a esta garantía, y los que, relacionados en la Cláusula Segunda de las presentes, se pueden contratar mediante sobreprima.

#### 2. RIESGOS EXCLUIDOS

Se excluyen de las coberturas de la Póliza los accidentes:

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

**2.2.** Causados por guerra civil o internacional, por actos realizados por fuerzas militares españolas o extranjeras, actos de carácter terrorista en cualquiera de sus formas (química, biológica, nuclear, etc.), revolución, sedición, motín o desorden popular, temblor de tierra, erupción volcánica, inundación u otros fenómenos sísmicos o meteorológicos -excepto la caída del rayo- y en general cualquier acontecimiento de carácter extraordinario o catastrófico .

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

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

**2.5.** Sobrevenidos a consecuencia de embarazo o parto.

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

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

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

**2.9.** Los provocados intencionadamente por el Asegurado, así como las autolesiones. Quedan igualmente excluidas:

**2.10.** Las intoxicaciones, envenenamientos y reacciones por hipersensibilidad debidas a

ingestión de productos alimenticios o fármacos, y las infecciones de carácter general, como la malaria, el tifus exantemático, la enfermedad del sueño, la fiebre amarilla y similares.

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

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

**2.13.** Los accidentes que sean consecuencia de la reacción o radiación nucleares así como la contaminación radiactiva.

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

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

**a)** Intervención en corrientes eléctricas de alta tensión.

**b)** Y la práctica como aficionado de:

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

De ocurrir un accidente en relación con uno de los riesgos enumerados en el párrafo anterior (apartados a) hasta f)) que no haya sido declarado expresamente en la Póliza, la indemnización se reducirá con arreglo a la proporción existente entre la prima de la Póliza y la que hubiese correspondido de incluirse dicho riesgo para todas las garantías aseguradas.

### 3. PERSONAS NO ASEGURABLES

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

**3.1.** Las personas mayores de 65 años.

**3.2.** Los afectados de demencia, enajenación mental, ceguera o fuerte miopía (más de 10 dioptrías en un ojo), sordera, parálisis, secuelas de lesiones neurológicas, epilepsia, diabetes, alcoholismo, toxicomanía, SIDA y/o VIH positivo, enfermedades de médula espinal, sífilis, encefalitis letárgica, y en general, de cualquier lesión, enfermedad o minusvalía física o psíquica que, a juicio del Asegurador, disminuya su capacidad en comparación con una persona físicamente íntegra y de salud normal.

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

### 4. DEFINICIÓN DE BENEFICIARIO

Es la persona titular del derecho a la indemnización. En caso de fallecimiento, a falta de designación expresa por parte del Asegurado mediante comunicación escrita dirigida al Asegurador, se consideran beneficiarios de esta garantía por orden

preferente y excluyente, las siguientes personas:

- Cónyuge e hijos del asegurado por partes iguales.
- Padres del asegurado por partes iguales.
- Hermanos del asegurado por partes iguales.
- Herederos legales. En caso de invalidez indemnizable la suma asegurada será entregada al propio asegurado.

## 5. GARANTÍA BÁSICA DE FALLECIMIENTO

**5.1.** Si un Asegurado fallece como consecuencia de un accidente cubierto por la presente garantía en el periodo máximo de dos años, a contar desde la fecha de su ocurrencia, el Asegurador pagará el capital garantizado a los beneficiarios designados.

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

**5.3.** Para percibir la indemnización correspondiente a esta garantía, el beneficiario, además de los documentos descritos en el apartado Procedimiento de actuación en caso de siniestro de estas Condiciones Especiales, deberá presentar los siguientes:

- a) Certificado del médico que haya asistido al Asegurado en el que se detallarán las circunstancias y causas del fallecimiento.
- b) Certificado "literal" de inscripción de defunción en el Registro Civil, así como certificado de nacimiento del Asegurado.
- c) Documentos que acrediten la personalidad y, en su caso, la condición de Beneficiario.
- d) Carta de pago del Impuesto sobre Sucesiones.

## 6. GARANTÍAS ADICIONALES

El Asegurador garantizará las coberturas adicionales que se hagan constar expresamente en las correspondientes Condiciones Particulares de esta garantía.

## 7. ÁMBITO TERRITORIAL

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

## 8. PERFECCIÓN Y EFECTOS DE LA GARANTÍA DE ACCIDENTES

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

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

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

## 9. DURACIÓN DEL SEGURO

**9.1.** Se estipula por el periodo de tiempo previsto en sus correspondientes Condiciones Particulares y, a su vencimiento, se prorrogará

por periodos de un año a contar desde la fecha de vencimiento de que se trate. No obstante, cualquiera de las partes podrá oponerse a la prórroga mediante notificación escrita a la otra, efectuada con un plazo de dos meses de antelación a la conclusión del periodo de seguro en curso. La prórroga tácita no es aplicable a los seguros de duración inferior a un año.

## 10. PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN EN CASO DE SINIESTRO

El caso de accidente el Tomador del seguro, el Asegurado o el Beneficiario tienen los deberes y obligaciones siguientes:

**10.1.** Comunicar al Asegurador la ocurrencia del accidente en el plazo máximo de 7 días, facilitándole toda clase de información sobre las circunstancias y consecuencias del mismo. La comunicación se formulará en el impreso de declaración de siniestro establecido al efecto, que le será facilitado en las oficinas del Asegurador, acompañado de la siguiente documentación, común a todas las garantías contratadas que son objeto de estas Condiciones Especiales:

**a)** Copia o fotocopia del recibo de la prima o certificación del Asegurador, acreditativos del pago de la prima correspondiente a la anualidad en curso, y en los que conste expresamente el importe, fecha y forma de pago de la misma.

**b)** Copia o fotocopia de las Condiciones Generales, Particulares y Especiales de la Póliza, así como de las modificaciones, apéndices y suplementos a la misma, si los hubiere.

El resto de documentación requerida por el Asegurador se determina en las correspondientes Condiciones Particulares de la presente garantía y está en función de las garantías adicionales contratadas. El

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

**10.2.** Una vez recibidos de conformidad los documentos exigidos por el Asegurador, éste deberá pagar el capital Asegurado en el plazo máximo de 40 días, o, al menos, el importe mínimo de lo que el Asegurador pueda deber, según las circunstancias por él conocidas.

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

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

## 11. DETERMINACIÓN DE LA INDEMNIZACIÓN

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

Si las partes se pusiesen de acuerdo sobre el importe y la forma de la indemnización, el Asegurador pagará la suma convenida dentro del plazo convenido en el apartado Procedimiento de actuación en caso de siniestro de estas Condiciones Especiales. Si no se lograse el acuerdo mencionado en el

apartado anterior dentro del plazo de 40 días a partir de la recepción de la declaración de siniestro, cada parte designará un perito, debiendo constar por escrito la aceptación de éstos.

Si los peritos llegan a un acuerdo, emitirán acta conjunta con la propuesta del importe líquido de la indemnización.

Si una de las partes no designa perito en el plazo de 8 días desde que la requiera para ello la parte que sí lo ha designado, el dictamen del perito de ésta vinculará a aquella.

Si no hay acuerdo, ambas partes designarán un tercer perito. Si no hay conformidad sobre el mismo, lo designará el Juez de Primera Instancia del lugar de domicilio del Asegurado.

El dictamen pericial será vinculante para las partes, salvo impugnación judicial, en el plazo de 30 días en el caso de la Entidad, y 180 días en el caso del Asegurado, a contar desde la notificación del dictamen.

Cada parte satisfará los honorarios de su perito. Los del tercero, en su caso, y demás gastos serán por cuenta y mitad entre las partes. Pero si cualquiera de ellas hubiera hecho necesaria la peritación por haber mantenido una valoración del daño manifiestamente desproporcionada, será la única responsable de dichos gastos.

## 12. NULIDAD DEL CONTRATO Y PÉRDIDA DE DERECHOS

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

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

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

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

**12.4.** Si el Tomador o el Asegurado no facilitan al Asegurador la información sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro, y hubiera concurrido dolo o culpa grave.

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

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

## 13. DERECHO DE RESCISIÓN

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

**Este derecho solo corresponde a los Tomadores personas físicas que actúen con un propósito ajeno a una actividad comercial o profesional propia.**

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





## Otras condiciones especiales

### CONDICIONES ESPECIALES DE LA GARANTÍA OPCIONAL DE INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA

#### 1. OBJETO DEL SEGURO

Por la presente garantía el Asegurador garantiza al Asegurado, en los términos y con los límites e importes que se expresan en las presentes Condiciones Especiales, en las Generales, en las correspondientes Condiciones Particulares y en los Suplementos de la Póliza que se emitan, el pago de una indemnización por cada día de internamiento en Hospital (Clínica o Sanatorio), si como consecuencia de enfermedad contraída o accidente sufrido durante la vigencia de esta garantía 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 se devengará a partir del primer día del ingreso hospitalario y durante todo el tiempo que el Asegurado figure como ingresado en un hospital, hasta su alta hospitalaria documentada y con un máximo de 365 días. Si dentro del periodo de doce meses siguientes a una hospitalización del Asegurado por la que se hubiera devengado indemnización, el Asegurado tuviera que ser ingresado nuevamente en el hospital, por la misma causa o causa consecuente o relacionada, el nuevo internamiento será considerado como prolongación del anterior a efectos de cálculo del límite anteriormente fijado de 365 días.

Para los casos en que el Asegurado padeciera varias enfermedades al mismo tiempo, o sobreviniera una nueva enfermedad la indemnización diaria a satisfacer por parte del Asegurador será la consignada en las correspondientes Condiciones Particulares. En este último supuesto, el Asegurador deberá ser informado por escrito de esta circunstancia. Si esta nueva enfermedad no tuviera relación con el proceso previo, empezará a contar un nuevo plazo desde la fecha en que haya tenido lugar el comienzo de la nueva enfermedad.

#### 2. RIESGOS EXCLUIDOS

Quedan excluidos de la cobertura de la presente garantía los riesgos siguientes:

- 2.1.** La prestación directa por parte del Asegurador de los servicios médicos, hospitalarios y quirúrgicos.
- 2.2.** La indemnización por hospitalización debida a problemas de tipo social. Asimismo se excluye la indemnización por internamiento hospitalario como consecuencia de:
- 2.3.** Toda clase de enfermedades, defectos o deformaciones preexistentes y/o congénitas, a consecuencia de accidentes o enfermedades ocurridos con anterioridad a la fecha de inclusión de cada Asegurado en la Póliza; así como los que puedan derivarse de aquéllos, siempre que fueran conocidos por el Tomador del seguro o Asegurado y no declarados.

El Tomador del seguro, en su nombre y en nombre de los beneficiarios y/o cada uno de éstos, está obligado a manifestar en el momento de suscribir la propuesta/solicitud de seguro, si padecen o han padecido cualquier tipo de lesiones o enfermedades, especialmente aquéllas de carácter recurrente, congénitas, o que precisen o hubieran precisado estudios, pruebas diagnósticas o tratamientos de cualquier índole; o en el momento de la suscripción padecieran síntomas o signos que pudieran considerarse como el inicio de alguna patología.

Manifestándose de esta forma, la afección se considerará como preexistente y/o congénita y, en consecuencia, excluida de las coberturas pactadas en el contrato de seguro. Si hubiera enfermedades preexistentes y/o congénitas, la Entidad se reserva el derecho de aceptar o rechazar la incorporación del solicitante o solicitantes, y en el caso de aceptarlo(s), se incluirá la correspondiente cláusula de exclusión en las Condiciones Particulares de la Póliza en lo que se refiere a la indemnización como consecuencia de enfermedades, defectos o deformaciones preexistentes y/o congénitas, presentes con anterioridad a la fecha de inclusión de cada Asegurado en la Póliza; así como los que puedan derivarse de aquéllos.

**2.4.** Todas las enfermedades o lesiones, producidas como consecuencia de guerras civiles, internacionales o coloniales, invasiones, alteraciones del orden público, insurrecciones, rebeliones, actos de carácter terrorista en cualquiera de sus formas (química, biológica, nuclear, etc.), revoluciones, motines, alzamientos, represiones y maniobras militares, aún en tiempo de paz, y epidemias declaradas oficialmente.

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

**2.6.** Los accidentes y enfermedades producidos en el ejercicio de un trabajo profesional por cuenta propia o ajena.

**2.7.** Las enfermedades o lesiones derivadas de alcoholismo crónico, drogadicción, intoxicaciones debidas al abuso del alcohol, de psicofármacos, estupefacientes o alucinógenos, intento de suicidio y autolesiones, así como las enfermedades o accidentes sufridos por dolo del Asegurado.

**2.8.** Las enfermedades o lesiones producidas en cualquier clase de deporte practicado con

carácter profesional o, aún sin este carácter, las que sean como consecuencia de participación en competiciones deportivas.

**2.9.** Las enfermedades o lesiones producidas practicando como aficionado, boxeo, rugby, torero, en pruebas de velocidad o resistencia con vehículos a motor, incluso entrenamientos, bobsleigh, deportes aéreos en general (paracaidismo, ascensiones en globo, ala-delta, ultraligeros, planeadores y similares), y esgrima.

**2.10.** El SIDA y/o las enfermedades causadas por el virus de inmunodeficiencia adquirida (V.I.H.) y las aclientadas a éste.

**2.11.** Enfermedades o procesos de carácter crónico.

**2.12.** Cualquier procedimiento diagnóstico, terapéutico y/o quirúrgico cuya seguridad y eficacia clínicas no estén debidamente contrastadas científicamente o hayan quedado manifiestamente superados por otros disponibles. Igualmente, queda excluida la indemnización por hospitalización como consecuencia de procedimientos que no tengan suficientemente probada su contribución eficaz a la prevención, tratamiento o curación de las enfermedades, conservación o mejora de la esperanza de vida, autovalimiento y eliminación o disminución del dolor y el sufrimiento y los que consisten en meras actividades de ocio, descanso, confort.

También se excluye la indemnización por hospitalización como consecuencia de tratamientos en balnearios y curas de reposo.

**2.13.** Intervenciones, infiltraciones y tratamientos, así como cualquier otra actuación que tenga un carácter puramente estético o cosmético.

**2.14.** Tratamientos e intervenciones, encaminados a solventar la esterilidad o infertilidad en ambos sexos (fecundación "in vitro", inseminación artificial, etc.) y la interrupción voluntaria del embarazo. Está

excluido, asimismo, el estudio, diagnóstico y tratamiento de la impotencia.

**2.15.** Cualquier proceso que requiera para su tratamiento el uso de la psicología, el psicoanálisis, la hipnosis, la psicoterapia, la narcolepsia, la cura de sueño y la terapia educativa, tal como la educación del lenguaje o la educación especial en enfermos con afectación psíquica.

**2.16.** La indemnización por hospitalización como consecuencia de técnicas quirúrgicas o tratamientos terapéuticos que usan el láser, salvo las técnicas de fotocoagulación en Oftalmología.

**2.17.** Exámenes médicos generales de carácter preventivo.

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

**2.19.** La indemnización por ingreso hospitalario como consecuencia de embarazo, parto y cesárea, junto con sus posibles complicaciones, salvo pacto en contrario incluido en las Condiciones Particulares de la Póliza.

### 3. PLAZO DE CARENCIA

Todas las coberturas de la presente garantía 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:

- En caso de enfermedad que requiera intervención quirúrgica, a los tres meses, salvo prescripción médica de urgencia.
- Para las restantes enfermedades que requieran hospitalización, a los seis meses.
- En caso de parto o cesárea, a los 24 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 intervención quirúrgica (incluido parto o cesárea): el Asegurado tendrá derecho a una indemnización equivalente al triple de la suma asegurada con un máximo de 6 días por Asegurado y año, si tuviera que permanecer ingresado en hospital o sanatorio como consecuencia de una intervención quirúrgica.

### 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 para la presente garantía 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, percibirá el cincuenta por ciento (50%) más de la suma diaria asegurada contratada mientras permanezca ingresado en dicho centro.

### 6. TRAMITACIÓN EN CASO DE SINIESTRO

Para la tramitación del siniestro cubierto por la presente garantía 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 al Asegurador 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 al Asegurador 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 clientel, domicilio, número de colegiado y número de identificación fiscal (N.I.F.).

A falta del mencionado impreso, el aviso de siniestro podrá facilitarse al Asegurador 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 al Asegurador, además del impreso de solicitud de indemnización y las prescripciones médicas, tal y como se describe en los apartados 3.1 y 3.2 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 al Asegurador 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 el Asegurador visiten al Asegurado tantas veces como el Asegurador lo estime oportuno, así como cualquier averiguación, o comprobación sobre su estado de salud que el Asegurador 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 el Asegurador en virtud de esta garantía se harán efectivas al Beneficiario una vez recibida toda la documentación requerida y efectuadas todas las comprobaciones oportunas por parte del Asegurador, para establecer la existencia del siniestro.

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

El Asegurador pagará la indemnización según lo previsto en las condiciones anteriores. Si en el plazo de tres meses desde la producción del siniestro el Asegurador 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 del Asegurador 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.

Después de la comunicación de cada siniestro, haya o no dado lugar a pago de indemnización, las partes podrán rescindir el contrato. La parte que tome la decisión de rescindir, deberá

notificarlo a la otra por escrito dentro del plazo de 30 días desde la fecha de comunicación de siniestro, si no hubiere lugar a indemnización, o desde la liquidación, si hubiere lugar a ella, debiendo efectuarse la notificación con una anticipación mínima de 15 días a la fecha en que la rescisión haya de surtir efecto.

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

## 8. DURACIÓN DE LA PRESENTE GARANTÍA

**8.1.** El seguro se estipula por el periodo de tiempo previsto en las correspondientes Condiciones Particulares y, a su vencimiento, de conformidad con el artículo 22 de la Ley de Contrato de Seguro, se prorrogará tácitamente por periodos no superiores a un año. No obstante, cualquiera de las partes podrá oponerse a la prórroga del contrato 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.

**8.2.** El Asegurado o Asegurados causarán automáticamente baja en el seguro al finalizar la anualidad del seguro en que cada Asegurado cumpla 65 años de edad, salvo pacto en contrario.

**8.3.** Respecto de cada Asegurado, la presente garantía se extingue:

- a) Por fallecimiento.
- b) Por traslado de residencia al extranjero o por no residir un mínimo de nueve (9) meses al año en territorio nacional.
- c) Si en la presente garantía están incluidos familiares que convivan con el Tomador del

Seguro, cuando dejen de vivir de manera habitual en el domicilio de este último, lo cual deberá ser comunicado al Asegurador. Si estas personas contratan un nuevo seguro, antes de transcurrir un mes desde la comunicación anteriormente citada, el Asegurador mantendrá los derechos por ellos adquiridos, siempre y cuando suscriban las mismas garantías.

**8.4.** Tan sólo podrán incluirse en concepto de Asegurados en la presente garantía quienes a la fecha de inclusión, tengan una edad comprendida entre los 16 y los 60 años.

**8.5.** Las garantías contratadas no tomarán efecto mientras no haya sido satisfecho el primer recibo de prima.

#### Ámbito geográfico

Las garantías 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.

Se exceptúan los accidentes o enfermedades contraídas en países y/o regiones inexploradas.

## 9. CONTROVERSIAS

**9.1.** En caso de desacuerdo sobre la naturaleza de la enfermedad y/o el importe de la indemnización, cada parte designará un Perito, debiendo constar por escrito la aceptación de éstos. Si una de las partes no hubiera hecho la designación, estará obligada a realizarla en los ocho días siguientes a la fecha en que sea requerida por la que hubiere designado el suyo, y de no hacerlo en este último plazo se entenderá que acepta el dictamen que emita el Perito de la otra parte, quedando vinculada por el mismo.

**9.2.** En caso de que los Peritos lleguen a un acuerdo, se reflejará en un acta conjunta, en la que se harán constar las causas del siniestro, la valoración de los daños y las demás

circunstancias que influyan en la determinación del importe del siniestro.

**9.3.** Cuando no haya acuerdo entre los Peritos, ambas partes designarán un tercer Perito de conformidad y, de no existir ésta, la designación se hará por el Juez de Primera Instancia en acto de jurisdicción voluntaria y por los trámites previstos para la insaculación de Peritos en la Ley de Enjuiciamiento Civil. En este caso el dictamen pericial se emitirá en el plazo señalado por las partes o, en su defecto, en el de treinta días a partir de la aceptación de su nombramiento por el Perito tercero.

**9.4.** El dictamen de los peritos, por unanimidad o por mayoría, se notificará a las partes de manera inmediata y en forma indubitada, siendo vinculante para éstas, salvo que se impugne judicialmente por alguna de las partes, dentro del plazo de treinta días, en el caso del Asegurador, y de ciento ochenta en el del Asegurado, computados ambos desde la fecha de su notificación. Si no se ejercitase en dichos plazos la correspondiente acción, el dictamen devendrá inatacable.

**9.5.** Si el dictamen de los Peritos no fuera impugnado, el Asegurador deberá abonar el importe de la indemnización señalado por los Peritos en un plazo de cinco días.

**9.6.** En el supuesto de que por demora del Asegurador en el pago del importe de la indemnización devenida inatacable el Asegurado se viere obligado a reclamarlo judicialmente, la indemnización correspondiente se verá incrementada con el interés anual legalmente establecido que, en este caso, empezará a devengarse desde que la valoración devino inatacable para el Asegurador y, en todo caso, con el importe de los gastos originados al Asegurado por el proceso, a cuya indemnización hará expresa condena la sentencia, cualquiera que fuere el procedimiento judicial aplicable.

Cada parte satisfará los honorarios de su Perito. Los del Perito tercero y demás gastos que ocasione la tasación pericial serán de cuenta y

cargo por mitad del Asegurado y del Asegurador.

No obstante, si cualquiera de las partes hubiera hecho necesaria la peritación por haber mantenido una valoración manifiestamente desproporcionada, será ella la única responsable de dichos gastos.





## Otros aspectos de su seguro

### BASES, PÉRDIDA DE DERECHOS, RESCISIÓN E INDISPUTABILIDAD DEL CONTRATO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ajeno a una actividad comercial o profesional propia.

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

## DURACIÓN DEL SEGURO

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

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

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

### a) Por fallecimiento

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

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

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

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

## SINIESTROS, REEMBOLSOS Y CONTROVERSIAS

### 1. Tramitación en caso de siniestro

Para la tramitación de un siniestro, en caso de que el Asegurado utilice los servicios asistenciales médicos y/u hospitalarios no recomendados por el Asegurador, cubierto parcialmente por esta Póliza (reembolso del porcentaje de gastos indicado en las Condiciones Particulares de la misma) deben cumplirse las siguientes normas:

**1.1.** 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.

**1.2.** En los casos de intervenciones quirúrgicas, hospitalizaciones, pruebas diagnósticas y métodos terapéuticos, junto con la comunicación de enfermedad o accidente, el Tomador del Seguro o Asegurado enviará al Asegurador informe médico en el que se especifique/n el/los diagnóstico/s y naturaleza

de la/s enfermedad/es, así como, en su caso, el centro asistencial, fecha de ingreso, duración probable del tratamiento y tipo de éste.

**1.3.** El Asegurado deberá, además, seguir fielmente todas las prescripciones del médico encargado de la curación y deberá dar al Asegurador toda clase de informaciones sobre las circunstancias o consecuencias del siniestro.

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

**1.5.** En caso de hospitalización, una vez finalizada ésta, el Tomador del Seguro o el Asegurado comunicará tal circunstancia al Asegurador con indicación del periodo de duración del internamiento.

**1.6.** El Tomador del Seguro o, en su caso, el Asegurado deberá presentar al Asegurador la siguiente documentación:

**1.6.1.** Impreso de solicitud de reembolso, debidamente cumplimentado.

**1.6.2.** Justificante/s o factura/s original/es, de los gastos realmente incurridos por el Asegurado, debidamente desglosados, por cada uno de los conceptos incluidos en la/s factura/s en donde se refleje/n:

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

**b)** La naturaleza del acto o actos médico/s realizado/s (consulta, pruebas diagnósticas, métodos terapéuticos, intervenciones quirúrgicas, etc) y su/s fecha/s e importes.

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

**1.6.3.** Justificación o acreditación original del pago de la/s factura/s por parte del Asegurado.

**1.6.4.** Prescripciones médicas originales 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.

**1.6.5.** Informe médico original 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 seis apartados anteriores será considerado como renuncia expresa al cobro del reembolso, salvo que no haya sido posible cumplirlas por causas ajenas a la voluntad del Tomador del Seguro, del Asegurado o de sus familiares.

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

Para la tramitación de un siniestro cubierto por esta Póliza, en caso de que el Asegurado utilice los servicios asistenciales médicos y/u hospitalarios en España recomendados por el Asegurador, deben cumplirse las siguientes normas:

**1.** La asistencia, de conformidad con lo previsto en las disposiciones reglamentarias aplicables, se prestará en todas las poblaciones donde el Asegurador tenga representación debidamente autorizada o cuente con cuadros médicos concertados. Cuando en cualquiera de las poblaciones donde radique dicha representación o cuadros médicos concertados no exista alguno de los servicios comprendidos en el contrato, serán facilitados en la provincia

donde los mismos puedan utilizarse, a elección del Asegurado

**2.** El Asegurado presentará su tarjeta-Sanitas al servicio asistencial médico y/u hospitalario recomendado, identificándose, por tanto, como tal Asegurado y no abonará cantidad alguna a dicho servicio asistencial médico y/u hospitalario recomendado.

**3.** Además, será necesaria, con carácter general, la previa prescripción médica y la autorización expresa del Asegurado para intervenciones quirúrgicas, hospitalizaciones, métodos terapéuticos y pruebas diagnósticas excepto los que a continuación se relacionan:

- Aerosolterapia
- Análisis clínicos (excepto pruebas de genética y biología molecular)
- Audiometría
- Bronco - espirometría
- Campimetría ocular
- Citología
- Colposcopia
- Ecografías (excepto eco-doppler obstétrico, ecografía obstétrica de 20 semanas y ecografía con punción)
- Electrocardiograma
- Electroencefalograma
- Electromiograma.
- Endoscopia
- Estudios anatomopatológicos simples
- Extracción de pieza dentaria (excepto cordales)
- Infiltraciones
- Limpieza dental
- Mamografía
- Pruebas alérgicas
- Radiología digestiva con contraste baritado
- Radiología general sin contraste (excepto radiología maxilofacial)
- Radiología urológica con contraste yodado (excepto la urodinámica)
- Toma de biopsia en consulta
- Tratamiento ortopédico con escayola

El incumplimiento de lo establecido en los apartados 1 y 2 precedentes (salvo en el caso de que no haya sido posible cumplirlo por causas ajenas a la voluntad del Tomador del Seguro, del Asegurado o sus familiares) dará

lugar a que el Asegurador no asuma los gastos ocasionados por dicha asistencia, ni total ni parcialmente.

Para la tramitación de un siniestro cubierto por esta Póliza, en caso de que el Asegurado utilice los servicios asistenciales médicos y/u hospitalarios en el extranjero recomendados por el Asegurador, el Asegurado necesitará autorización previa del Asegurador, quien además, procederá a realizar los trámites oportunos con el servicio asistencial recomendado que proceda y hará efectivo a éste directamente el pago de los correspondientes servicios.

El incumplimiento de lo establecido en el párrafo anterior (salvo en el caso de que no haya sido posible cumplirlo por causas ajenas a la voluntad del Tomador del Seguro, del Asegurado o sus familiares) dará lugar a que el Asegurador no asuma los gastos ocasionados por dichos servicios.

## **2. Reembolso de gastos**

En el supuesto de que el Asegurado sufra alguna de las consecuencias previstas en las Condiciones de la Póliza que dé lugar al reembolso, el Asegurador pagará, a través del medio de pago que se establezca, al Tomador del Seguro o al Asegurado, según proceda, la cantidad que corresponda.

Una vez recibida toda la documentación requerida y efectuadas las comprobaciones oportunas para establecer la existencia del siniestro, el Asegurador, en el plazo de diez días laborables, deberá reembolsar o consignar la cantidad garantizada, según las circunstancias conocidas.

En el supuesto de que el proceso tenga una duración superior a los tres meses, el Tomador del Seguro o, en su caso, el Asegurado, deberá remitir al Asegurador la/s factura/s de los gastos incurridos en el trimestre anterior.

Si en el plazo de tres meses desde la ocurrencia del siniestro, el Asegurador no hubiera reembolsado su importe por causa no justificada o que le fuera imputable, la cantidad que éste pudiera adeudar se incrementará en el

tipo de interés legal del dinero vigente en el momento en que se devengue, incrementado en el 50 por 100.

Estos intereses se considerarán producidos por días, sin necesidad de reclamación judicial. No obstante, transcurridos 2 años desde la producción del siniestro, el interés anual no podrá ser inferior al 20 por 100 (artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro).

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 el Asegurador 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.

No obstante, conforme a lo establecido en los Apartados B/ y C/ de la Cláusula Quinta de las presentes Condiciones Especiales, en el caso de que el Asegurado utilice los servicios médicos y/u hospitalarios recomendados por el Asegurador, será éste quien proceda al pago directamente a los médicos y/u hospitales que hubieren prestado la asistencia de los correspondientes honorarios y gastos médicos devengados, que serán íntegramente de su propia cuenta y cargo.

### **3. Controversias**

**3.1.** En caso de desacuerdo sobre la naturaleza de la enfermedad y/o el importe del reembolso, cada parte designará un Perito, debiendo constar por escrito la aceptación de éstos. Si una de las partes no hubiera hecho la designación, estará obligada a realizarla en los ocho días siguientes a la fecha en que sea requerida por la que hubiere designado el suyo, y de no hacerlo en este último plazo se entenderá que acepta el dictamen que emita el

Perito de la otra parte, quedando vinculada por el mismo.

**3.2.** En caso de que los Peritos lleguen a un acuerdo, se reflejará en un acta conjunta, en la que se harán constar las causas del siniestro, la valoración de los daños, las demás circunstancias que influyan en la determinación del reembolso de gastos y la propuesta del importe líquido de tal reembolso.

**3.3.** Cuando no haya acuerdo entre los Peritos, ambas partes designarán un tercer Perito de conformidad y, de no existir ésta, la designación se hará por el Juez de Primera Instancia en acto de jurisdicción voluntaria y por los trámites previstos para la insaculación de Peritos en la Ley de Enjuiciamiento Civil. En este caso el dictamen pericial se emitirá en el plazo señalado por las partes o, en su defecto, en el de treinta días a partir de la aceptación de su nombramiento por el Perito tercero.

**3.4.** El dictamen de los Peritos, por unanimidad o por mayoría, se notificará a las partes de manera inmediata y en forma indubitada, siendo vinculante para éstas, salvo que se impugne judicialmente por alguna de las partes, dentro del plazo de treinta días, en el caso del Asegurador, y de ciento ochenta en el del Asegurado, computados ambos desde la fecha de su notificación. Si no se ejercitase en dichos plazos la correspondiente acción, el dictamen pericial devendrá inatacable.

**3.5.** Si el dictamen de los Peritos no fuera impugnado, el Asegurador deberá abonar el importe del reembolso señalado por los Peritos en un plazo de cinco días.

**3.6.** En el supuesto de que por demora del Asegurador en el pago del importe del reembolso devenido inatacable el Asegurado se viere obligado a reclamarlo judicialmente, la indemnización correspondiente se verá incrementada con el interés anual legalmente establecido que, en este caso, empezará a devengarse desde que la valoración devino inatacable para el Asegurador y, en todo caso, con el importe de los gastos originados al Asegurado por el proceso, a cuya indemnización hará expresa condena la

sentencia, cualquiera que fuere el procedimiento judicial aplicable.

**3.7.** Cada parte satisfará los honorarios de su perito. Los del perito tercero y demás gastos que ocasione la tasación pericial serán de cuenta y cargo por mitad del Asegurado y del Asegurador. No obstante si cualquiera de las partes hubiera hecho necesaria la peritación por haber mantenido una valoración manifiestamente desproporcionada será ella la única responsable de dichos gastos.

## PRIMAS DEL SEGURO

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

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

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

**4.** En el caso de primas fraccionadas, si ocurriere algún siniestro, el Asegurador podrá deducir de las cantidades a pagar o reembolsar 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 el Asegurador.

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

**6.** En cada renovación del contrato el Asegurador podrá modificar la prima anual y el importe de la participación del asegurado en el coste de los servicios, de acuerdo a los cálculos técnico-actuariales realizados y basados en el aumento del coste de los servicios sanitarios, el tipo e incremento de las prestaciones garantizadas y la inclusión de innovaciones tecnológicas médicas que no estuvieran cubiertas en la fecha de efecto inicial de la póliza.

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

**7.** El Tomador del Seguro, recibida, en su caso, la comunicación del Asegurador relativa a la **variación de la cuantía de las primas para la siguiente anualidad, podrá optar entre la prórroga del contrato de seguro y la extinción del mismo al vencimiento del periodo del seguro en curso**. En este último caso, el Tomador del Seguro deberá notificar por escrito al Asegurador su voluntad de dar por finalizada a su término la relación contractual.

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

## DERECHOS Y DEBERES

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

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

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

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

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

**b) Comunicar al Asegurador, durante el curso del contrato y tan pronto como le sea posible, todas las circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido**

**conocidas por este en el momento de la perfección del contrato, no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas.**

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

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

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



riesgo, será de aplicación lo previsto en la letra b) anterior.

**d)** Para la utilización de los servicios prestados por los denominados médicos consultores en el presente contrato, el Asegurado deberá proveerse del oportuno documento vinculativo de asistencia que deberá entregar cuando se le preste algún servicio de esta índole. Estos servicios sólo podrán ser utilizados previa prescripción de un especialista de la Entidad y con la autorización del Asegurador.

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

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

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

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

En todo caso, Sanitas únicamente cubrirá la asistencia sanitaria al recién nacido siempre y

cuando esté dado de alta como asegurado en la Aseguradora.

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

## **2. Derechos del tomador del seguro y/o asegurado**

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

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

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

## **3. Obligaciones del asegurador**

**a)** Además de hacer efectivas las garantías aseguradas, el Asegurador deberá entregar a Tomador del Seguro la Póliza o, en su caso, el documento de cobertura provisional o el que proceda según lo dispuesto en el artículo 5 de

la Ley de Contrato de Seguro, así como un ejemplar del cuestionario y demás documentos que haya suscrito el Tomador del Seguro.

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

## RECLAMACIONES

### 1. Libro de reclamaciones

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

### 2. Prescripción

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

### 3. Control e instancias de reclamación

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

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

**1. Al Departamento de Atención al Cliente del Asegurador**, mediante escrito dirigido a la **calle Ribera del Loira nº 52 (28042 Madrid) o al fax 91 585 24 68 o a la dirección de correo electrónico departamentocalidad@sanitas.es**, quien acusará recibo por escrito y resolverá igualmente **mediante escrito motivado en el plazo máximo legal de dos meses** desde la fecha de presentación de la reclamación.

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

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

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

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

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

## OTROS ASPECTOS LEGALES A TENER EN CUENTA

## 1. Subrogación

**El Asegurado debe facilitar la Subrogación al Asegurador**, quien podrá ejercitar los derechos y las acciones que por razón del siniestro correspondieran al Asegurado frente a las personas responsables del mismo.

El Asegurador no podrá ejercitar en perjuicio del Asegurado los derechos en que se haya subrogado. El Asegurado será responsable de los perjuicios que, con sus actos u omisiones, pueda causar al Asegurador en su derecho a subrogarse.

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

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

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

## 2. Duplicado de la póliza

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

La petición se hará por escrito en el que se expliquen las circunstancias del caso, se aporten las pruebas de haberlo notificado a quienes resulten titulares de algún derecho en virtud de la Póliza y el solicitante se comprometa a devolver la Póliza original si

apareciese y a indemnizar al Asegurador de los perjuicios que le irroque la reclamación de un tercero.

## 3. Comunicaciones

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

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

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

## 4. Protección de datos de Carácter Personal

El Tomador se compromete a que toda la información que facilite al Asegurador tanto en la solicitud de seguro como durante toda la vigencia de la presente póliza es cierta y no ha omitido dato alguno sobre el estado de salud de cada uno de los asegurados incluidos en la misma.

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

Asimismo y de conformidad con la Ley 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de carácter Personal y el Real Decreto 1720/2007

de 21 de diciembre por el que se aprueba el Reglamento de Desarrollo de la ley orgánica 15/1999, el Asegurador informa al tomador del seguro y a los asegurados y estos consienten, en que todos sus datos personales sean incorporados a ficheros titularidad del Asegurador para servir a las actividades propias de esta compañía, la efectividad de las relaciones contractuales, el ofrecimiento de programas asistenciales integrales que les permitan mejorar su salud, el conocimiento de los motivos de baja de la póliza, la prevención del fraude y el envío, por cualquier medio, de publicidad u otras ofertas que pudieran resultar de su interés de la entidad y terceros con los que establezca vínculos de colaboración, autorizando a SANITAS a tratar sus datos para enviarle la información que más se adapte a sus necesidades específicas. Con el objeto de prevenir el fraude, los asegurados consienten expresamente en que sean conservados por el Asegurador los datos necesarios para este fin aunque se haya extinguido la relación contractual. Si el Tomador/Asegurado no consintiera la inclusión de sus datos en estos ficheros y su posterior tratamiento, el contrato de seguro no podrá llevarse a efecto.

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

El tomador se hace responsable de comunicar a todos los asegurados incluidos en la póliza la inclusión de sus datos en los ficheros anteriormente mencionados y el tratamiento que de los mismos pretende realizar el Asegurador para que puedan ejercitar ante la misma los derechos que estimen convenientes. El tomador informará a dichos asegurados que los datos relativos a servicios médicos que les sean cubiertos por la póliza, les serán

comunicados al tomador de la misma salvo que por parte del tomador se libere por escrito al Asegurador de su deber legal de informarle o sea solicitado por cualquiera de los beneficiarios.

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

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

Si el tomador y/o los asegurados no desean recibir información comercial del Asegurador, o en su caso, de otras entidades con las que el Asegurador establezca vínculos de colaboración, o bien no desean que se cedan datos a otras compañías salvo para la efectividad de las relaciones contractuales, debe remitir comunicación en ese sentido a la siguiente dirección de correo electrónico: [relacionesconclientes@sanitas.es](mailto:relacionesconclientes@sanitas.es).

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

## OTROS

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

confidencialidad de las conversaciones mantenidas.

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

## JURISDICCIÓN

Será Juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato del seguro el del domicilio del Asegurado.

Hecho por duplicado en Madrid a 31 de Diciembre de 2013

Por el Asegurado/  
Tomador del Seguro

Por el Asegurador



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

**COBERTURAS  
ADICIONALES**



## Coberturas adicionales

### **GARANTÍA PAGO DE LA PRIMA POR FALLECIMIENTO**

El presente contrato se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980 de 8 de Octubre, del Contrato de Seguro (B.O.E. de 17 de Octubre de 1980); por el Real Decreto Legislativo 6/2004 de 29 de octubre por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados y su Reglamento de desarrollo (Real Decreto nº 2486/98 de 20 de Noviembre) y por lo convenido en las Condiciones Generales, Especiales y Particulares de la póliza número 75.00744, con fecha de efecto a partir del 1/1/2005.

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

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

Tomador de la Póliza: Sanitas Sociedad Anónima de Seguros.

### **1•GARANTÍA ASEGURADA FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA**

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

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

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

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

### **2• COLECTIVO ASEGURADO**

Son asegurados de esta póliza los Tomadores de alguna de las pólizas de seguro de enfermedad de las comercialmente denominadas como SANITAS MULTI, SANITAS MUNDI, SANITAS FAMILIA, SANITAS AUTONOMOS, LAGUN ARO SALUD EXCLUSIVA Y LAGUN ARO SALUD OPTIMA, siempre que sus respectivas pólizas de seguro se encuentren al corriente de pago y exista en las mismas más de un asegurado o bien, en caso de existir un único asegurado, éste no coincida con el tomador de la póliza de que se trate.

### **3• DURACIÓN DEL CONTRATO**

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

El presente certificado individual de seguro entra en vigor en la fecha de efecto de la póliza colectiva de vida, es decir el 1 de enero de 2005 o bien, en caso de producirse la incorporación de algún asegurado al colectivo asegurado con posterioridad a dicha fecha, la



fecha de efecto del presente certificado coincidirá con la de la póliza de enfermedad de las indicadas en la anterior estipulación SEGUNDA de la cual el asegurado sea a su vez Tomador. La fecha de finalización del presente certificado se producirá cuando concurra alguna de las razones para causar baja en el Colectivo asegurado indicadas en la siguiente cláusula Duración del Seguro.

#### 4• SINIESTROS

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

#### 5• RAZONES PARA CAUSAR BAJA DEL GRUPO ASEGURADO

- 1 • la extinción por cualquier causa de la póliza de seguro de enfermedad de las mencionadas en la anterior cláusula segunda de la cual el asegurado era a su vez tomador.
- 2 • la extinción por cualquier causa de la póliza de seguro colectiva de vida de la cual el presente Certificado Individual de seguro forma parte.

#### 6• RIESGOS EXCLUIDOS DE LA COBERTURA DE FALLECIMIENTO

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

#### 7• INSTANCIAS DE RECLAMACIÓN

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

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

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

- con carácter externo, mediante escrito dirigido a:

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

#### 8• PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

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

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

# Protección en caso de Desempleo o de Incapacidad Laboral

Por el presente Certificado, Genworth Financial Insurance, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A., con domicilio Calle Luchana, 23-5º, 28010 Madrid y CIF- A-80781701 e inscrita en el R.M. de Madrid, Tomo 18.537, Libro 0, Folio 189, Sección 8ª, Hoja M-121.063, inscripción 41, garantiza la cobertura de los riesgos de desempleo o de incapacidad temporal, según los casos, de los tomadores del seguro de asistencia sanitaria.

Asegurados: serán integrantes del colectivo asegurado los tomadores de la póliza Sanitas Mundi, siempre que sean mayores de dieciocho años, menores de sesenta y cinco y estén trabajando en territorio español de forma remunerada durante un mínimo de trece horas semanales, encontrándose en situación de alta en la Seguridad social, Mutualidad, Montepío o institución análoga que la legislación determine.

Para el caso de que en una misma póliza haya varias personas integradas (por ejemplo, por ser miembros de una unidad familiar), los riesgos sólo se cubren para el tomador del seguro. Para el caso de que al tomador del seguro le sobrevenga alguna de las contingencias cubiertas, la Compañía Aseguradora, se hará cargo de los pagos correspondientes a todas las personas integradas en la póliza.

## 1. ¿A qué garantías tengo derecho ?

Los riesgos garantizados son alternativamente los siguientes:

- desempleo a los asegurados empleados por cuenta ajena con contrato laboral indefinido, excepto a los funcionarios. A los efectos del presente contrato se hace constar que el desempleo sólo será riesgo garantizado en

caso de que en el momento de suscripción del contrato de seguro el asegurado tenga suscrito un contrato laboral de carácter indefinido con un empleador. En caso de que el contrato, cualquiera que sea su verdadera naturaleza, tenga carácter temporal, el asegurado no podrá beneficiarse de la cobertura de desempleo sino de la de incapacidad temporal. Si el contrato temporal fuese sustituido por acuerdo debidamente acreditado de las partes (trabajador y empresario) por un contrato indefinido, el trabajador verá sustituida la cobertura de incapacidad temporal por la de desempleo. Idéntica consecuencia se producirá si la jurisdicción social declarase la naturaleza indefinida del contrato por haber sido empleado de manera fraudulenta el mecanismo de la contratación temporal y el empleador firmara con el trabajador un contrato indefinido u optara por la readmisión. En tal caso, la cobertura de desempleo entrará en vigor a partir de la fecha en que el trabajador empiece a trabajar como indefinido o sea readmitido

- incapacidad temporal a los empleados por cuenta ajena con contrato laboral temporal, a los trabajadores autónomos, a los funcionarios y, en general, a todas las personas que, cumpliendo los requisitos necesarios para ostentar la condición de asegurado, no puedan estar cubiertos por la garantía de Desempleo.

## 2. ¿A qué tipo de cobertura tengo derecho?

A efectos del presente contrato se cubre, para el caso de producirse alguno de los riesgos garantizados, el importe de la prima mensual o mensualizada (para el supuesto de que la prima se pague por trimestres, semestres o año) del

seguro de asistencia sanitaria correspondiente a todas las personas integradas en la póliza.

El presente contrato garantiza al beneficiario el pago de las primas mensuales del seguro de asistencia sanitaria por cada treinta días consecutivos en que se encuentre el asegurado en situación de desempleo o incapacidad temporal en función del riesgo garantizado, con un máximo de seis mensualidades consecutivas. En todo caso el importe de la mensualidad para cada póliza será el existente en la fecha en que se produzca la situación de desempleo o incapacidad temporal.

### **3. En caso de siniestro ¿debo respetar algún plazo?**

Si. En caso de producirse situaciones de desempleo subsiguientes al primer desempleo, se procederá al pago de nuevas prestaciones únicamente si el asegurado ha estado vinculado de forma activa a una nueva relación laboral de carácter indefinido por un período mínimo de seis meses.

En caso de producirse situaciones de incapacidad temporal subsiguientes a la primera, se pagarán nuevas prestaciones si el asegurado ha estado trabajando seis meses desde el fin de la última incapacidad temporal si se trata de la misma causa de incapacidad o de un mes si se trata de una causa distinta.

### **4. ¿Debo cumplir algún periodo de carencia?**

Si. El derecho a las prestaciones cubiertas por este contrato se inicia desde la contratación del seguro de asistencia sanitaria, con los períodos de carencia que a continuación se mencionan. Se entiende por período de carencia aquél en que la producción del siniestro no generará derecho alguno a indemnización, presente o futura, para el asegurado. Dicho período será de dos meses para el desempleo y de un mes para la incapacidad temporal. No hay carencia para la incapacidad temporal derivada de accidente.

## **5. Definiciones y exclusiones**

**DESEMPLEO:** es la situación en que se encuentra el asegurado cuando se extingue su relación laboral o cuando se suspende dicha relación laboral en virtud de expediente de regulación de empleo o se reduzca a la mitad, al menos, la jornada de trabajo por dicha causa. Están excluidos de la cobertura de desempleo, en todo caso, los menores de 18 años y los mayores de 65 años.

No se considera desempleo a la situación en que se encuentra el trabajador en cualquiera de las siguientes situaciones:

- a) cuando cese voluntariamente en el trabajo, salvo por las causas previstas en los artículos 40, 41 y 50 del Estatuto de los Trabajadores.
- b) cuando haya sido despedido y no reclame en tiempo y forma oportunos contra la decisión empresarial, salvo por extinción del contrato o despido basado en las causas objetivas previstas en el artículo 52 del Estatuto de los Trabajadores
- c) cuando, declarado improcedente o nulo el despido por Sentencia firme y comunicada por el empleador la fecha de reincorporación al trabajo, no se ejerza tal derecho por parte del Asegurado o no se haga uso, en su caso, de las acciones previstas en la legislación vigente
- d) cuando no haya solicitado el reingreso al puesto de trabajo en el caso en que la opción entre indemnización y readmisión correspondiera al Trabajador, o se estuviera en excedencia y venciera el período fijado por la misma
- e) cuando su contrato se extinga por despido declarado procedente
- f) los trabajadores fijos de carácter discontinuo en los períodos en que carezcan de ocupación efectiva

Asimismo, el Asegurado no tiene derecho al cobro de las prestaciones por Desempleo en ninguno de los siguientes supuestos:

- a) si se produce cualquier situación de Desempleo dentro del Período de Carencia.
- b) si su Relación Laboral lo fuera con una empresa propiedad de su ámbito familiar hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad, así como en los casos en que el Asegurado o un familiar suyo hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad fuera Administrador de la empresa.
- c) cuando el Asegurado fuera socio de la sociedad empleadora con presencia o representación directa en los órganos de administración de la Sociedad.
- d) si el Asegurado rechaza un puesto de trabajo alternativo ofrecido por el mismo u otro empresario acorde con su formación, experiencia y situado a menos de cincuenta kilómetros del centro de trabajo.
- e) si el Asegurado rechaza un puesto de trabajo alternativo ofrecido por el mismo u otro empresario acorde con su formación, experiencia y situado a menos de cincuenta kilómetros del centro de trabajo.

**INCAPACIDAD TEMPORAL:** es la situación física temporal motivada por enfermedad o accidente determinante de la incapacidad del asegurado para el ejercicio de su profesión o actividad laboral. La enfermedad o accidente determinante de la incapacidad temporal deben producirse cuando el asegurado esté trabajando de forma remunerada en España. Dicha incapacidad temporal debe ser diagnosticada por el médico competente de la Seguridad Social o asimilado. El derecho a percibir las prestaciones del contrato cesará cuando el asegurado pueda reanudar o reanude su trabajo, aún de manera parcial, o cuando su estado pase a ser de incapacidad permanente.

No se considerarán incapacidad temporal los siniestros que resulten de cualquiera de las siguientes circunstancias:

- a) la baja por parto, aborto o maternidad
- b) las intervenciones quirúrgicas y tratamientos médicos demandados por el

Asegurado exclusivamente por razones estéticas, siempre que no se deban a secuelas de accidente, así como las lesiones o enfermedades causadas voluntariamente por el Asegurado

c) las producidas cuando el Asegurado se encuentre bajo la influencia del alcohol, droga tóxicas o estupefacientes no prescritos médicamente; los que ocurran en caso de perturbación mental, sonambulismo o en desafío, lucha o riña, excepto caso probado de legítima defensa; así como los derivados de una actuación delictiva del Asegurado, declarada judicialmente

d) cualquier enfermedad, dolencia, lesión, incluyendo SIDA y el VIH (o las enfermedades que se deriven de éstos) de las que el Asegurado tuviera conocimiento en el momento de la firma del presente contrato y que no haya sido debidamente declarada al Asegurador

- a) dolores de espalda, salvo que existan evidencias objetivadas por estudios médicos complementarios (radiologías, gammografías, escáneres, T.A.C., etc.) y que sean causantes de la Incapacidad Temporal
- b) cefaleas y enfermedades mentales o nerviosas, aún cuando existan evidencias médicas

## 6. ¿Qué debo hacer en caso de querer hacer uso de esta garantía?

En caso de ocurrir algún siniestro deben comunicarlo al Teléfono de Atención al Cliente: **91 702 71 44.**

El asegurado deberá aportar la documentación acreditativa del siniestro que le exija la compañía aseguradora. La compañía podrá exigir en cualquier momento la documentación acreditativa de que el asegurado continúa en situación de desempleo o incapacidad temporal. No se pagarán prestaciones mensuales adicionales si dicha documentación

no se entrega en el plazo de sesenta días desde que fue requerida.

remisión de la información comercial no impedirá la formalización del contrato.

## **7. Reclamaciones**

Los asegurados disponen de un servicio telefónico al que pueden dirigirse para cualquier consulta o reclamación, cuyo número es 91 702 71 44. Asimismo podrán presentar sus quejas y reclamaciones por escrito dirigidas al Servicio de Atención al Cliente de la Compañía (Calle Luchana 23, 5ª planta, 28010 Madrid) o por e-mail a la dirección: [Cliente.Atención@genworth.com](mailto:Cliente.Atención@genworth.com) que resolverá las mismas en un plazo máximo de dos meses. En caso de no obtener respuesta de la compañía o en caso de rechazo de la misma, los asegurados podrán acudir ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones Paseo de la Castellana 44 28046 Madrid. Para la admisión de la queja ante dicho Servicio de Reclamaciones, el asegurado deberá acreditar haber acudido con anterioridad al Departamento de Atención al Cliente de la Compañía y que este haya desestimado la reclamación o bien hayan transcurridos dos meses desde que se interpuso sin obtener respuesta.

Asimismo, los datos podrán ser cedidos a ficheros comunes para la liquidación de siniestros y para la prevención del fraude en el sector asegurador.

## **8. Protección de datos**

Se pone en conocimiento de los asegurados que los datos de carácter personal que se proporcionen como consecuencia de este contrato, incluidos los datos de salud, se incorporarán a un fichero automatizado del que es responsable la Compañía de Seguros Genworth Financial Insurance, a la que pueden dirigirse para el ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición que les asisten. Tales datos se recogen para la ejecución del contrato de seguro y para la remisión a los titulares de información comercial sobre otros productos financieros o seguros comercializados por la compañía contratante. Si no desea recibir información comercial, comuníquelo a la dirección que consta en el encabezamiento. La oposición a la

**SU GARANTÍA  
COMPLEMENTARIA**



# Europ Assistance

## ¿QUÉ ES?

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

## ¿QUÉ SERVICIOS TENGO INCLUIDOS?

### 1. Gastos médicos

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

### ¿Qué incluye?

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

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

- gastos de ambulancia ordenados por un médico para un trayecto local

### ¿Qué no incluye?

- **los gastos médicos en el extranjero inferiores a 3€**
- **los gastos ocasionados por el diagnóstico o el tratamiento de un estado fisiológico (ejemplo: embarazo) o enfermedad ya conocida antes de la fecha de la iniciación del viaje, a menos que sea una complicación clara o imprevisible; los tratamientos ordenados en España; los gastos del embarazo producidos a partir de los 150 primeros días**
- **los gastos de gafas, lentillas, muletas y de prótesis en general**
- **las consecuencias directas o indirectas de la transmutación del núcleo del átomo, así como de las radiaciones provocadas por la aceleración artificial de las partículas atómicas**
- **las consecuencias derivadas de guerra, insurrección, tumultos populares, movimientos telúricos, inundaciones o erupciones volcánicas**
- **las asistencias o prestaciones que resultaren de la participación en cualquier prueba de competición motorizada (carrera o rally)**

### Límites

10.000€ por persona y siniestro.

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

Cuando el Asegurado tenga que estar hospitalizado por prescripción médica y de acuerdo con el servicio médico de **EUROP ASSISTANCE**, ésta abonará los gastos que se deriven de la necesaria prolongación de estancia en hotel del acompañante, también



asegurado, **hasta un máximo de 60€ por día y hasta un máximo de 10 días.**

### 3. Traslado de enfermos o heridos

#### ¿Qué incluye?

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

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

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

#### ¿Qué no incluye?

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

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

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

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

### 5. Traslado en caso de fallecimiento

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

### 6. Regreso anticipado de los familiares asegurados acompañantes

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

### 7. Acompañamiento de menores.

Si a los Asegurados que viajen con disminuidos o menores de 14 años, les surge durante la vigencia del contrato la imposibilidad de ocuparse de ellos por causa de enfermedad sobrevenida o accidente, cubierto por la Póliza, **EUROP ASSISTANCE** organizará y tomará a su cargo el desplazamiento, ida y vuelta, de una

persona residente en España designada por el Asegurado o su familia, o de una azafata de **EUROP ASSISTANCE**, al objeto de acompañar a los hijos en su regreso a su domicilio habitual en España, y en el menor tiempo posible.

#### **8. Búsqueda y localización de equipajes y efectos personales.**

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

#### **9. Envío de documentos y objetos personales al extranjero.**

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

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

#### **10. Adelanto de Fondos.**

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

#### **11. Asistencia jurídica**

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

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

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

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

### 13. Envío de medicamentos

#### ¿Qué incluye?

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

#### ¿Qué no incluye?

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

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

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

### 15. Ámbito temporal

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

### 16. Utilización de los servicios

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

Para tener derecho a la utilización de todos los servicios incluidos en este suplemento adicional

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

# **GUÍA PRÁCTICA DE UTILIZACIÓN**



## Cómo acceder a su seguro médico

¿Qué tipo de seguro tengo?	Cobertura
Cuadro Médico	Puede acudir a cualquiera de los centros médicos y profesionales de Sanitas con una cobertura del 100% de los gastos médicos de las prestaciones contempladas en su póliza.
	Tiene acceso a los centros médicos y profesionales de Sanitas
Reembolso	Puede acudir a la consulta de profesionales que no figuren en su cuadro médico y Sanitas le reembolsará el porcentaje de los gastos médicos descritos en sus condiciones particulares

## ¿Qué necesita para disfrutar de sus servicios?

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

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

## ¿Conoces Sanitas Dental?

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

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



# Si necesita contactar con nosotros

Estimado Sr. ALFONSIN:

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

---

---

## Atención al Cliente 902 102 400



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

---

## Asistencia en el extranjero 91 345 65 84

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

---

## Sanitas 24 horas 902 106 102



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

---

## Urgencias 24 horas 902 103 600

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



---

## Segunda opinión médica 902 408 409

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



---

## Contratación 901 100 210

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

---

---

**Domicilio Social: Ribera del Loira, 52 - 28042 Madrid**  
**Fax 91 585 87 00 Web [www.sanitas.es](http://www.sanitas.es)**



# Teléfonos y direcciones de interés

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

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

<b>Doctor:</b>	<b>Especialidad:</b>
<b>Teléfono:</b>	
<b>Dirección:</b>	
<b>Doctor:</b>	<b>Especialidad:</b>
<b>Teléfono:</b>	
<b>Dirección:</b>	
<b>Doctor:</b>	<b>Especialidad:</b>
<b>Teléfono:</b>	
<b>Dirección:</b>	

---

---

**Doctor:**

**Especialidad:**

**Teléfono:**

**Dirección:**

---

---

---

**Doctor:**

**Especialidad:**

**Teléfono:**

**Dirección:**

---

---

---

**Doctor:**

**Especialidad:**

**Teléfono:**

**Dirección:**

---

---

---

**Doctor:**

**Especialidad:**

**Teléfono:**

**Dirección:**

---

