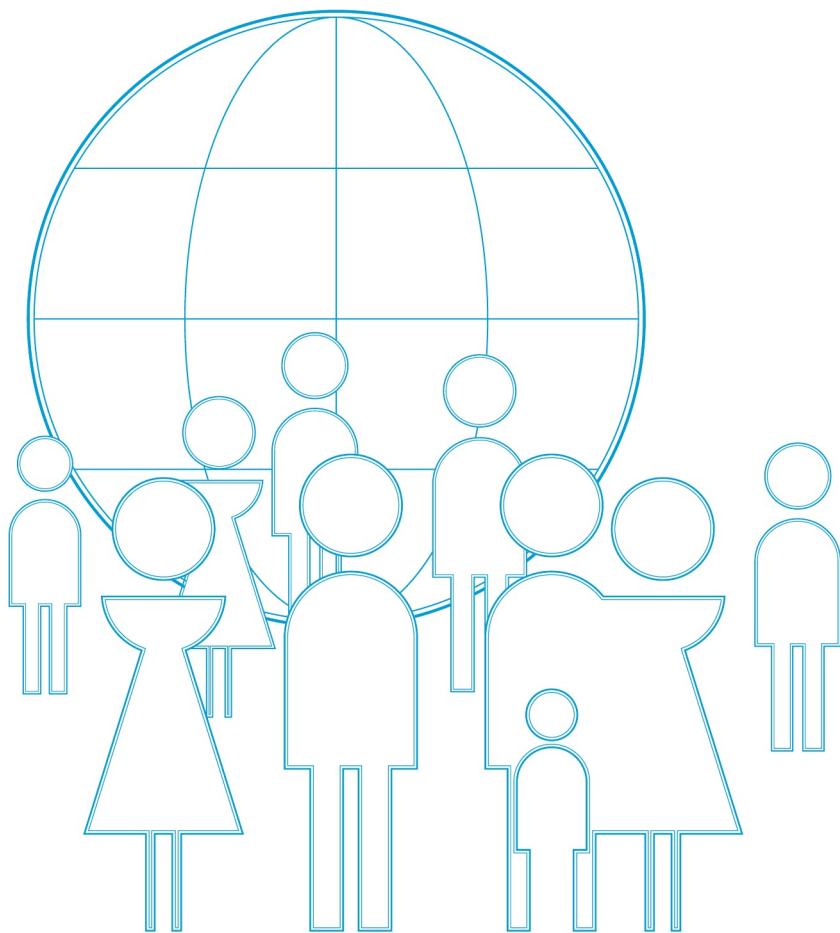


SUS CONDICIONES GENERALES



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

ÍNDICE

Sus condiciones generales

Sus condiciones generales.....	1
Cláusula preliminar.....	6
Glosario de términos.....	7
Cláusula I: Objeto del seguro.....	11
Cláusula II: Coberturas.....	11
COBERTURAS PRINCIPALES DE LA PÓLIZA.....	11
1. Asistencia primaria.....	11
1.1. Medicina Familiar.....	11
1.2. Pediatría y Puericultura.....	11
1.3. Servicio de Enfermería.....	11
2. Urgencias.....	11
Sanitas 24 horas.....	11
3. Especialidades médicas.....	12
3.1. Alergología.....	12
3.2. Análisis Clínicos.....	12
3.3. Anatomía Patológica.....	12
3.4. Anestesiología.....	12
3.5. Angiología y Cirugía Vascular.....	12
3.6. Aparato Digestivo.....	12
3.7. Cardiología.....	12
3.8. Cirugía Cardiovascular.....	12
3.9. Cirugía General y del Aparato Digestivo.....	12
3.10. Cirugía Maxilofacial.....	12
3.11. Cirugía Ortopédica y Traumatológica.....	12
3.12. Cirugía Pediátrica.....	12
3.13. Cirugía Reparadora.....	12
3.14. Cirugía Torácica.....	12
3.15. Dermatología.....	12
3.16. Endocrinología y Nutrición.....	12

3.17. Geriatría.....	12
3.18. Hematología y Hemoterapia.....	12
3.19. Medicina Interna.....	12
3.20. Medicina Nuclear.....	12
3.21. Nefrología.....	13
3.22. Neumología.....	13
3.23. Neurocirugía.....	13
3.24. Neurofisiología Clínica.....	13
3.25. Neurología.....	13
3.26. Obstetricia y Ginecología.....	13
3.26.1. Asistencia de neonatología.....	13
3.26.2. Asistencia al recién nacido.....	13
3.27. Oftalmología.....	14
3.28. Oncología Médica.....	14
3.29. Otorrinolaringología.....	14
3.30. Psiquiatría.....	14
3.31. Radioterapia.....	14
3.32. Radiodiagnóstico-Diagnóstico por Imagen.....	14
3.33. Rehabilitación.....	14
3.34. Reumatología.....	14
3.35. Urología.....	14
4. Otros servicios asistenciales.....	15
4.1. Ambulancia.....	15
4.2. Atención Especial en Domicilio.....	15
4.3. Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matronas).....	15
4.4. Fisioterapia.....	15
4.5. Logofoniatría.....	15
4.6. Odontoestomatología.....	15
4.7. Podología (exclusivamente Quiropodia).....	15
4.8. Psicología.....	15
4.9. Programa Materno Infantil.....	16
4.10. Prótesis.....	16
4.11. Terapias respiratorias domiciliarias.....	16
5. Asistencia hospitalaria.....	16
6. Detección precoz de enfermedades.....	17
COBERTURAS ADICIONALES DE LA PÓLIZA.....	18
Segunda opinión médica.....	19
Europ Assistance.....	19

Cobertura adicional de pago de la prima por fallecimiento.....	22
Cláusula III: Coberturas excluidas.....	25
Cláusula IV: Periodos de carencia.....	28
Cláusula V: Forma de prestar los servicios.....	29
Cláusula VI: Otros aspectos de su seguro.....	32
1. Bases, pérdida de derechos e indisputabilidad del contrato.....	32
2. Duración del seguro.....	33
3. Primas del seguro.....	33
4. Altas de recién nacidos.....	34
5. Aportación de informes.....	35
6. Reclamaciones.....	35
7. Otros aspectos legales a tener en cuenta.....	36
8. Otros.....	37
9. Jurisdicción.....	37

Cláusula preliminar

El presente contrato se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de octubre de Contrato de Seguro, por el Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de Seguros Privados, y su Reglamento de Desarrollo (Real Decreto nº 2486/98 de 20 de noviembre), por la Ley 22/2007 de 11 de julio, sobre comercialización a distancia de servicios financieros destinados a los consumidores, la Ley 26/2006, de 17 de julio, de mediación de seguros y reaseguros privados, y por lo convenido en las presentes Condiciones Generales y en las Particulares.

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

Glosario de términos

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

TÉRMINOS ASEGURADORES

ACCIDENTE

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

ANTIGÜEDAD

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

ASEGURADO

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

BENEFICIARIO

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

COPAGO

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

CUESTIONARIO DE SALUD

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

DOLO

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

ENTIDAD ASEGURADORA

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

FRANQUICIA

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

PARTICIPACIÓN EN GASTOS

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

PLAZOS DE CARENCIA

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

PLAZO DE DISPUTABILIDAD

Periodo de tiempo durante el que SANITAS puede negar sus prestaciones o impugnar el contrato alegando "preexistencias" del Asegurado no declaradas en el cuestionario de salud.

PÓLIZA

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

PREEXISTENCIA

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

PRESTACIÓN

Realización por SANITAS de las garantías comprometidas en la póliza.

PRIMA

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

SINIESTRO

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

TOMADOR DEL SEGURO

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

TÉRMINOS SANITARIOS

ASISTENCIA SANITARIA

Acto de atender o cuidar la salud de una persona.

ASISTENCIA SANITARIA HOSPITALARIA / CON HOSPITALIZACIÓN

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

ASISTENCIA SANITARIA SIN HOSPITALIZACIÓN / AMBULATORIA

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

ASISTENCIA POR MOTIVOS DE TIPO SOCIAL

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

CONSULTA

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

DIAGNÓSTICO

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

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

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

ENFERMEDAD

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

ENFERMEDAD CONGÉNITA

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

GUÍA ORIENTADORA DE MÉDICOS Y SERVICIOS

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

HABITACIÓN CONVENCIONAL

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

HOSPITAL

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

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

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

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

LESIÓN

Todo cambio patológico que se produce en un tejido o en un órgano sano y que comporta un daño anatómico o fisiológico, es decir, una

perturbación en la integridad física o en el equilibrio funcional.

MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS

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

MATERIAL ORTOPÉDICO

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

MÉDICO

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

PARTO

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

PATOLOGÍA ORGÁNICA

Lesión estructural en tejidos u órganos del cuerpo humano

PRÓTESIS

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

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.

RECIÉN NACIDO

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

SERVICIOS A DOMICILIO

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

SERVICIOS DE URGENCIA A DOMICILIO

Asistencia en el domicilio que figura en la póliza en casos de urgencia, prestada por médico de familia y/o A.T.S. o D. U. E.

TRATAMIENTO

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

URGENCIA

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

URGENCIA VITAL

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

Cláusula I: Objeto del seguro

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

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

Cláusula II: Coberturas

COBERTURAS PRINCIPALES DE LA PÓLIZA

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

1. Asistencia primaria

1.1. Medicina Familiar

Comprende la asistencia médica en consulta, indicación y prescripción de las pruebas y medios diagnósticos básicos (analítica y

radiología general), durante los días y horas establecidos al efecto por el facultativo, y la asistencia médica a domicilio cuando por motivos que dependan sólo de la enfermedad que aqueje al Asegurado se encuentre impedido para trasladarse a la consulta del médico.

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

1.2. Pediatría y Puericultura

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

1.3. Servicio de Enfermería

Comprende la asistencia en consulta y a domicilio.

2. Urgencias

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

En caso justificado, se facilitará el servicio a domicilio por los servicios permanentes de guardia, **únicamente en aquellas poblaciones en las que la SANITAS tenga concertada la prestación de dicho servicio.**

Sanitas 24 horas

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

3. Especialidades médicas

3.1. Alergología

3.2. Análisis Clínicos

3.2.1. Estudios Genéticos

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

3.3. Anatomía Patológica

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

3.4. Anestesiología

3.5. Angiología y Cirugía Vascolar

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

3.6. Aparato Digestivo

3.7. Cardiología

3.8. Cirugía Cardiovascular

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

3.9. Cirugía General y del Aparato Digestivo

Incluye la cirugía por vía laparoscópica.

3.10. Cirugía Maxilofacial

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

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

3.11. Cirugía Ortopédica y Traumatológica

Incluye la cirugía por vía artroscópica.

3.12. Cirugía Pediátrica

En idénticos términos y condiciones que la cirugía de adultos.

3.13. Cirugía Reparadora

3.14. Cirugía Torácica

3.15. Dermatología

3.16. Endocrinología y Nutrición

3.17. Geriatría

3.18. Hematología y Hemoterapia

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

3.19. Medicina Interna

3.20. Medicina Nuclear

Los medios de contraste son por cuenta de SANITAS.

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

A)Oncología Diagnóstico:

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

B) Estadificación:

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

C) Monitorización de la respuesta al tratamiento:

- Linfoma maligno.
- Tumores de cabeza y cuello.

D) Detección en caso de sospecha razonable de recidiva:

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

E)Neurología:

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

3.21. Nefrología

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

3.22. Neumología

3.23. Neurocirugía

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

3.24. Neurofisiología Clínica

3.25. Neurología

3.26. Obstetricia y Ginecología

Incluye las intervenciones ginecológicas por vía laparoscópica y el estudio y diagnóstico básico de la infertilidad y esterilidad. Incluye también planificación familiar: ligadura de trompas, implantación del DIU (**siendo el dispositivo por cuenta del Asegurado**) y el seguimiento del tratamiento con anovulatorios.

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

3.26.1. Asistencia de neonatología.

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

3.26.2. Asistencia al recién nacido

Comprende los gastos derivados de la asistencia sanitaria al recién nacido, **siempre y cuando esté dado de alta como**

asegurado en Sanitas y cuenta con dicha cobertura.

3.27. Oftalmología

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

3.28. Oncología Médica

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

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

3.29. Otorrinolaringología

Incluye la cirugía mediante láser y radiofrecuencia.

3.30. Psiquiatría

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

3.31. Radioterapia

3.32. Radiodiagnóstico-Diagnóstico por Imagen

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

También incluye:

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

- Cribado de cáncer de colon y 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 coronariografía 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 score cálcico.

3.33. Rehabilitación

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

3.34. Reumatología

3.35. Urología

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

Quedan excluidas las intervenciones de próstata mediante cualquier técnica de láser

4. Otros servicios asistenciales

4.1. Ambulancia

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

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

4.2. Atención Especial en Domicilio

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

4.3. Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matronas)

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

4.4. Fisioterapia

Está comprendida únicamente con carácter ambulatorio **y exclusivamente para las afecciones de origen en el aparato locomotor siempre que no se trate de un**

proceso crónico o degenerativo, hasta la mayor recuperación funcional posible del paciente, determinada por su médico rehabilitador.

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

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

4.5. Logofoniatría

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

Queda excluida la rehabilitación del lenguaje en disfunciones no orgánicas.

4.6. Odontostomatología

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

4.7. Podología (exclusivamente Quiropodia)

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

4.8. Psicología

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

Comprende hasta un máximo de 4 consultas al mes y con un límite de 15

sesiones por asegurado y anualidad del seguro.

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

4.9. Programa Materno Infantil

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

4.10. Prótesis

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

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

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

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

cualquier tipo de desfibrilador y del corazón artificial; coils y/o materiales de embolización.

4. Quimioterapia o Tratamiento del Dolor: reservorios.

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

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

4.11. Terapias respiratorias domiciliarias

Comprende exclusivamente los siguientes tratamientos:

a) Oxigenoterapia: líquida, con concentrador y gaseosa.

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

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

c) Ventiloterapia y Aerosolterapia.

5. Asistencia hospitalaria

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

El enfermo ocupará habitación individual convencional y cama de acompañante excepto en las hospitalizaciones psiquiátricas, en U.V.I. e incubadora y serán por cuenta de SANITAS los gastos derivados de la realización de los métodos diagnósticos

y terapéuticos, tratamientos quirúrgicos (incluidos gastos de quirófano y medicamentos **excepto medicación citostática que no cuente con autorización para su comercialización en España**) y estancias con la manutención del enfermo, comprendidos en la cobertura de la póliza.

6. Detección precoz de enfermedades

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

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

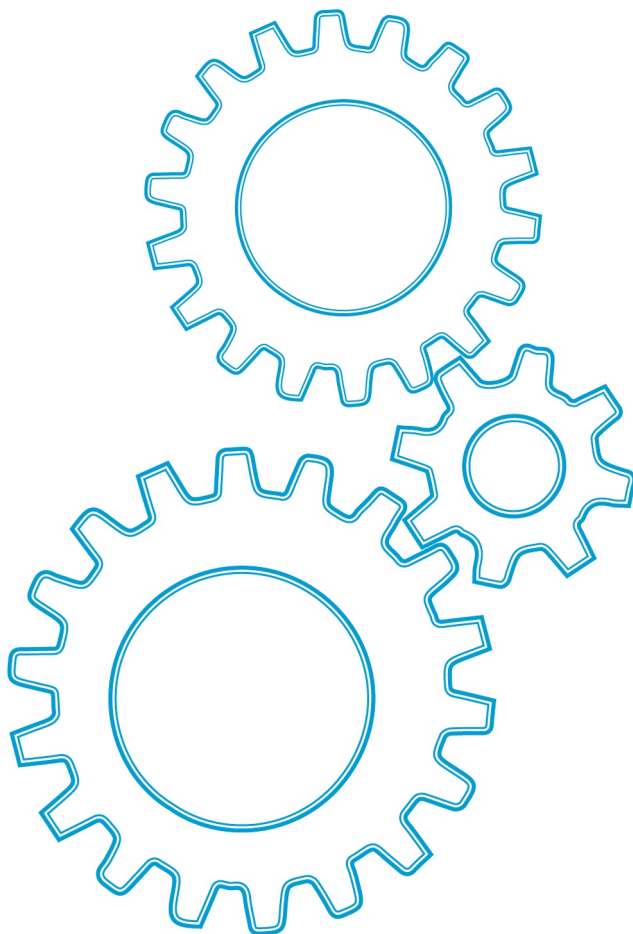
6.2. Cardiología: diagnóstico precoz del riesgo coronario.

6.3. Neumología: diagnóstico precoz del cáncer de pulmón

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

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

COBERTURAS ADICIONALES DE LA PÓLIZA



Segunda opinión médica

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

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

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

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

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

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 12.000€ por persona y año 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

12.000€ por persona y año.

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.

Cobertura adicional de pago de la prima por fallecimiento

El presente contrato se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980 de 8 de Octubre, del Contrato de Seguro (B.O.E. de 17 de Octubre de 1980); por 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, 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.

Cláusula III: Coberturas excluidas

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

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

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

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

- Producidos como consecuencia de guerras civiles, internacionales, actos de carácter terrorista en cualquiera de sus formas (química, biológica, nuclear, etc.), revoluciones y maniobras militares, aún en tiempo de paz, y epidemias declaradas oficialmente.

- Que guarden relación directa o indirecta con radiación nuclear o contaminación radiactiva, así como los que provengan de fenómenos naturales como terremotos, inundaciones, erupciones volcánicas y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos.
- Los derivados de accidentes laborales y profesionales.
- Los derivados de la utilización de vehículos a motor que sean objeto de cobertura por el Seguro del Automóvil de Suscripción Obligatoria.
- Los producidos practicando el Asegurado, como aficionado, deportes de riesgo, como por ejemplo actividades aéreas, pruebas de velocidad con vehículos a motor, submarinismo, escalada, boxeo, toreo, artes marciales, rugby, o cualquier otra actividad de riesgo análogo, así como los derivados de las competiciones deportivas.

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

D. La hospitalización por problemas de tipo social.

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

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

Inmunodeficiencia Humana, SIDA y las enfermedades relacionadas con éste.

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

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

H. Cualquier tipo de servicio relacionado con:

- **Patologías o tratamientos no cubiertos, así como complicaciones que se deriven de éstos.**
- **El diagnóstico específico y tratamientos, inclusive la cirugía, encaminados a solventar la esterilidad o infertilidad en ambos sexos (fecundación in vitro, inseminación artificial, etc.), o de la impotencia y la disfunción eréctil, incluida la cirugía de cambio de sexo.**
- **La interrupción voluntaria del embarazo.**
- **Los trasplantes de órganos, tejidos, células o componentes celulares,**

excepto el trasplante autólogo tanto de médula ósea como de células progenitoras de sangre periférica por tumores de estirpe hematológica, y el transplante de córnea. En este último caso, **SANITAS no se hace cargo de la cobertura económica de la córnea a trasplantar.**

- **Cualquier intervención quirúrgica sobre el no nacido.**
- **Cualquier técnica quirúrgica que utilice equipos de cirugía robótica.**
- **Las determinaciones del mapa genético, que tienen como finalidad conocer la predisposición del Asegurado o de su ascendencia o descendencia presente o futura a padecer todas las enfermedades relacionadas con alteraciones genéticas. También quedan expresamente excluidos los mapas genéticos de tumores y la farmacogenética.**
- **Las prótesis y material implantable salvo los contemplados en el correspondiente apartado de las presentes condiciones generales. Quedan excluidos entre otros cualquier prótesis externa, cualquier tipo de material ortopédico, fijadores externos, materiales biológicos o sintéticos, injertos, endoprótesis aórticas, conductos valvulados, bombas implantables para infusión de medicamentos, electrodos de estimulación medular, desfibriladores y el corazón artificial.**
- **Las intervenciones, infiltraciones y tratamientos así como cualquier otra intervención que tenga un carácter puramente estético o cosmético. En cirugías de mama solo se cubren las ocasionadas por enfermedad tumoral, quedando expresamente excluidas las cirugías con carácter profiláctico, hipertrofias mamarias y ginecomastias. Igualmente queda expresamente excluido el tratamiento de cualquier tipo de patologías o complicaciones que**

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

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

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

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

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

K. Los siguientes productos farmacéuticos:

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

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

Cláusula IV: Periodos de carencia

de cobertura asegurada, así como en los casos de partos prematuros (menos de 37 semanas).

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

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

Plazos de Carencia para la modalidad de Cuadro Médico:

- **Vasectomía y ligadura de trompas:** 10 meses
- **Psicología:** 6 meses
- **Pruebas diagnósticas de alta tecnología:** 6 meses
- **Los siguientes métodos terapéuticos complejos:** cardiología intervencionista/ hemodinamia; radiología intervencionista; radioterapia y quimioterapia; y litroticia: 10 meses
- **Intervenciones quirúrgicas ambulatorias:** 3 meses
- **Parto o cesárea:** 8 meses
- **Hospitalización e intervenciones quirúrgicas no ambulatorias o en régimen de hospitalización:** 10 meses
- **Cirugía bariátrica en obesidad mórbida:** 60 meses

Los plazos de carencia anteriormente citados no serán exigibles en el caso de accidentes o enfermedades que tengan carácter de urgencia vital, sobrevenidas y diagnosticadas después de la fecha de entrada en vigor de la póliza o de la fecha de alta del asegurado/beneficiario en la misma, y siempre que se trate de una asistencia objeto

Cláusula V: Forma de prestar los servicios

1. A través del cuadro médico concertado

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

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

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

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

1.1 Libre acceso.

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

1.2 Prescripción previa para la realización del servicio.

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

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

1.3 Prescripción y autorización previa para la realización del servicio.

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

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

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

1.5 Autorización previa y designación expresa del facultativo.

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

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

1.6 Participación en gastos.

En el caso de hospitalización y en el caso de intervenciones quirúrgicas que requieran hospitalización, el Asegurado participará en el coste de los servicios correspondientes, mediante el abono de la cantidad que figura en las Condiciones Particulares de la Póliza, con carácter previo a la prestación del correspondiente servicio. La cantidad relativa a las intervenciones quirúrgicas variará según el grado de dificultad de las mismas, de acuerdo con lo establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Las Intervenciones quirúrgicas se clasifican en tres grupos en función del grado de dificultad, pudiendo consultar el Asegurado qué intervenciones quirúrgicas se encuentran en cada uno de dichos grupos en www.sanitas.es, oficinas y teléfono de información general de SANITAS 902 102 400.

Las cuantías establecidas en las Condiciones Particulares para dicha participación, son válidas para el año natural de contratación del seguro, reservándose SANITAS el derecho de poderlas modificar si así lo precisara, previa comunicación a los Asegurados. Dicha comunicación deberá realizarse con más de dos meses de antelación a la fecha de vencimiento anual de que se trate y entrará en vigor a partir de la siguiente fecha de renovación anual. Si el Asegurado no está conforme con la modificación podrá solicitar su baja la cual será efectiva a partir de la fecha de vencimiento anual en la que habría entrado en vigor la modificación no aceptada.

1.7 Servicios a Domicilio.

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

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

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

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

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

1.9 Urgencias.

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

la Guía Orientadora de Médicos y Servicios para este producto.

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

1.10 Asistencia en medios no concertados con SANITAS.

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

Cláusula VI: Otros aspectos de su seguro

1. Bases, pérdida de derechos e indisputabilidad del contrato

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

1.2. El 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 de forma consciente y deliberada cualquier circunstancia por él conocida que pueda influir en la valoración del riesgo, y sobre la cual haya sido preguntado en el citado cuestionario. SANITAS podrá rescindir el contrato durante los treinta días siguientes a la fecha en que haya tenido conocimiento de dicha omisión o inexactitud (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 a SANITAS y han actuado de mala fe (Art. 12 de la Ley de Contrato de Seguro).

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

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

1.4. La póliza será indisputable en cuanto al estado de salud del Asegurado y SANITAS no podrá negar sus prestaciones alegando la existencia de enfermedades anteriores o sintomatología de las mismas conocidas y no declaradas con carácter previo a la contratación del Seguro, 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.

No obstante lo anterior, SANITAS no podrá denegar la cobertura en base a enfermedades anteriores del Asegurado, o sintomatología de las mismas, si no hubiera sometido al Tomador al correspondiente Cuestionario de Salud.

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

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

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

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

2. Duración del seguro

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

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

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

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

a) Por fallecimiento.

b) Por traslado de residencia al extranjero o por no residir un mínimo de seis (6) meses al año en territorio nacional. La prima corresponderá a SANITAS hasta la fecha en

la que el Asegurado comunique y acredite dicha circunstancia.

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

3. Primas del seguro

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

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

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

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

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

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

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

vencimiento, se entenderá que el contrato queda extinguido.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4. Altas de recién nacidos

Si la asistencia de la madre biológica en el parto se realiza con cargo al Seguro de SANITAS de la que aquella fuese asegurada, los hijos recién nacidos podrán ser incluidos

en la póliza con todos sus derechos desde la fecha del nacimiento, cuando el alta de la madre biológica en la póliza haya tomado efecto con al menos 365 días de antelación al parto. Para ello, el Tomador deberá comunicar a SANITAS tal circunstancia dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha de nacimiento, mediante la cumplimentación de una Solicitud de Seguro.

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

5. Aportación de informes

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

6. Reclamaciones

6.1. Control e instancias de reclamación

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

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

1. Al **Departamento de Reclamaciones de SANITAS**, mediante escrito dirigido a la **calle**

Ribera del Loira Nº 52 (28042 Madrid) o al fax 91 585 24 68 o a la dirección de correo electrónico:

departamentocalidad@sanitas.es, quien acusará recibo por escrito y resolverá igualmente **mediante escrito motivado en el plazo máximo legal de dos meses** desde la fecha de presentación de la reclamación.

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

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

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

3. También, se podrá iniciar el procedimiento administrativo de reclamación ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondo de Pensiones, Paseo de la Castellana, 44, 28046 Madrid. Para ello, el reclamante deberá acreditar que ha transcurrido el plazo establecido para la resolución de la reclamación por el

Defensor del Asegurado o que ha sido denegada la admisión de la reclamación o desestimada su petición por este.

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

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

7. Otros aspectos legales a tener en cuenta

7.1. Subrogación

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

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

7.2. Comunicaciones.

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

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

7.2.3. También serán válidas las comunicaciones que se efectúen de manera probada al agente de SANITAS que haya mediado en la Póliza.

Sin embargo, las comunicaciones efectuadas por el Tomador o el Asegurado al corredor de Seguros no se entienden realizadas a SANITAS hasta que sean recibidas por la misma.

Las comunicaciones efectuadas por un corredor de Seguros a SANITAS en nombre del Tomador del Seguro surtirán los mismos efectos que si la realizara el propio Tomador, salvo indicación en contrario de este.

En todo caso se precisará el consentimiento expreso del Tomador del Seguro para suscribir un nuevo contrato o para modificar o rescindir el contrato de Seguro en vigor.

7.3. Protección de datos de Carácter Personal

El Tomador se compromete a que toda la información que facilite a SANITAS 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 a SANITAS, para que pueda requerir de médicos, clínicas, hospitales... y por tanto autoriza a éstos a que faciliten a SANITAS, los datos sobre la salud de las personas que hayan sido incluidas como Asegurados en la póliza que entienda necesarios para la gestión del Seguro, ofrecimiento de los programas integrales asistenciales que pueda tener SANITAS 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, SANITAS informa al Tomador del Seguro y a los Asegurados y estos consienten, en que todos sus datos personales sean incorporados a ficheros titularidad de SANITAS 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 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 que sean conservados por SANITAS 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, 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 SANITAS 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 a SANITAS 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 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 Reclamaciones con Clientes.

Si el Tomador y/o los Asegurados no desean recibir información comercial de SANITAS, o en su caso, de otras entidades con las que SANITAS 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.

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

8. Otros

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

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

9. Jurisdicción

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

Hecho por duplicado en Madrid a 22 de Julio
de 2014

Por el Asegurado /
Tomador del seguro

Por SANITAS

A handwritten signature in black ink, reading "S. de Andrés Osorio". The signature is written in a cursive style with a large initial 'S'.

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