

Índice

Páginas

SUS CONDICIONES GENERALES

• Glosario de términos	7
• Cláusula preliminar	13
• Cláusula I: Objeto del Seguro	15
• Cláusula II: Cobertura del Seguro	15
1. ASISTENCIA PRIMARIA	15
1.1 Medicina familiar	15
1.2 Pediatría y puericultura	15
1.2.1. Neonatología, Asistencia al recién nacido	15
1.3 Servicio de enfermería	15
2. URGENCIAS	15
3. ESPECIALIDADES MÉDICAS	15
3.1 Alergología	16
3.2 Análisis clínicos	16
3.2.1 Estudios genéticos	16
3.3 Anatomía patológica	16
3.4 Anestesiología, reanimación y tratamiento del dolor	16
3.5 Angiología y Cirugía vascular	16
3.6 Aparato Digestivo	16
3.7 Cardiología	16
3.8 Cirugía cardiovascular	16



140116-60500014220-42-81844614-0

3.9 Cirugía general y del Aparato Digestivo	16
3.10 Cirugía Oral y Maxilofacial	16
3.11 Cirugía Ortopédica y Traumatológica	16
3.12 Cirugía Pediátrica	16
3.13 Cirugía Plástica y Reparadora	16
3.14 Cirugía Torácica	16
3.15 Dermatología	16
3.16 Endocrinología y Nutrición	16
3.17 Geriátria	16
3.18 Hematología y Hemoterapia	16
3.19 Medicina Interna	17
3.20 Medicina Nuclear	17
3.21 Nefrología	17
3.22 Neumología	17
3.23 Neurocirugía	17
3.24 Neurofisiología Clínica	17
3.25 Neurología	17
3.26 Obstetricia y Ginecología	17
3.27 Oftalmología	18
3.28 Oncología Médica	18
3.29 Oncología Radioterápica	18
3.30 Otorrinolaringología	18
3.31 Psiquiatría	18
3.32 Reumatología	18
3.33 Rehabilitación	18
3.34 Radiodiagnóstico-Diagnóstico por Imagen	18
3.35 Urología	19

4. OTROS SERVICIOS ASISTENCIALES	19
4.1 Ambulancia	19
4.2 Atención especial en domicilio	20
4.3 Enfermería Obstétrico-ginecológica (Matronas)	20
4.4 Fisioterapia	20
4.5 Logofoniatría	20
4.6 Psicología	20
4.7 Médicos y cirujanos consultores	20
4.8 Podología (exclusivamente quiropodia)	20
4.9 Preparación al Parto	20
4.10 Prótesis:	20
4.11 Terapias respiratorias domiciliarias	21
4.12 Tratamiento del dolor	21
5. HOSPITALIZACIÓN	21
6. SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA	22
7. SANITAS 24 HORAS	22
8. PLAZOS DE CARENCIA	22
• Sanitas Dental 21	23
1. Servicios incluidos en su póliza	23
2. Servicios con franquicia a cargo del Asegurado	23
¿Qué no cubre su seguro?	27
• Cláusula III: Forma de prestar los servicios	29
• Cláusula IV: Otros aspectos de su seguro	30
1. BASES, PÉRDIDA DE DERECHOS E INDISPUTABILIDAD DEL CONTRATO	30
2. DURACIÓN DEL SEGURO	31
3. PRIMAS DEL SEGURO	32

4. DERECHOS Y DEBERES	33
5. RECLAMACIONES	34
6. OTROS ASPECTOS LEGALES A TENER EN CUENTA	35
7. OTROS	37
8. JURISDICCIÓN	37

SERVICIOS DE SALUD

- **Amplia gama de servicios** **41**
- **Ventajas exclusivas de Sanitas** **41**

SI NECESITA CONTACTAR CON NOSOTROS

- **Datos de contacto** **43**

SUS TELÉFONOS Y DIRECCIONES DE INTERÉS

- **Agenda personal** **44**

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 del Producto Sanitas Empresas 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.

ANTIGÜEDAD

Siempre que en la presente póliza se reconozca al asegurado derechos de antigüedad por provenir de otra póliza de Sanitas, ello quiere decir que exclusivamente a efectos de cómputo de periodos de carencia y determinación de patologías preexistentes del asegurado y por tanto excluidas de cobertura, se tomara en consideración, no su fecha de incorporación a la presente póliza, sino la fecha en la cual se incorporó como asegurado a la póliza de seguro de la que proviene.

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.

ASISTENCIA SANITARIA AL NEONATO

Primera atención de neonatología realizada al recién nacido durante la asistencia al parto que esté cubierto por la presente póliza y exámenes protocolizados realizados al recién nacido sano.

ATENCIÓN ESPECIAL EN DOMICILIO

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, que combina tanto la ciencia como el arte de aplicar el conocimiento y la técnica para ejercer un servicio de salud.

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.

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.

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

Cualquier patología, lesión o defecto sufridos por el asegurado con anterioridad a su incorporación como tal a la póliza de seguro siendo éstos conocidos o no por el propio asegurado.

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 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 la asistencia sanitaria de enfermedades o lesiones corporales, provisto de los medios necesarios para efectuar diagnósticos, tratamientos médicos e intervenciones quirúrgicas. y que permita el ingreso del paciente.

Dicho establecimiento debe estar atendido por un médico las 24 horas del día. A los efectos de la póliza, no se consideran hospitalares 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 intervención con fines diagnósticos o terapéuticos, realizada mediante incisión u otra vía de abordaje interno, efectuada por un médico especialista competente en un centro autorizado (hospitalario o extrahospitalario) y que requiere normalmente la utilización de un quirófano con 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 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

Se define como la expulsión 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 37 y la 42 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.

PATOLOGIA ORGANICA

Lesión estructural en tejidos u órganos del cuerpo humano.

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 (sustituciones articulares) o biológicos (recambios valvulares cardiacos, 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.

PUERICULTOR

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

QUIROPODIA

Tratamiento mediante la aplicación de las manos a los trastornos o alteraciones que sufren los pies (callos y durezas, uñas encarnadas, papilomas y micosis).

RECIÉN NACIDO

Es la etapa diferenciada de la vida que se extiende durante cuatro semanas a partir de su 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 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 para de trasladarse al consultorio del médico, A.T.S. o D.U.E. .

SERVICIOS DE URGENCIA A DOMICILIO

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

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

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.

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.

Cláusula I: Objeto del Seguro

Por el presente contrato, la Entidad Aseguradora asume, en los términos y con los límites que se expresan en esta póliza (Condiciones Generales, Condiciones Particulares, y Garantías Complementarias de las mismas), en caso de haberse contratado y así constar específicamente reflejado en las condiciones particulares de la póliza o en su caso en alguno de sus complementos, la totalidad o parte de los gastos razonables y usuales, derivados de la asistencia médica y quirúrgica que, según la práctica médica habitual, tanto en régimen ambulatorio como hospitalario, se haya prestado realmente al Asegurado, y que sea consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto por la presente póliza a través de las garantías incluidas en la Cláusula II.

Cláusula II: Prestación de Asistencia Sanitaria por Cuadro Médico

1. ASISTENCIA PRIMARIA

1.1. Medicina Familiar : comprende la 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 la asistencia médica a domicilio cuando por motivos que dependan sólo de la enfermedad que aqueje al Asegurado se encuentre impedido para trasladarse al consultorio del médico.

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 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 garantía de medicina Familiar.

1.2.1. Neonatología, asistencia al recién nacido: comprende los gastos derivados de la asistencia sanitaria al recién nacido, siempre y cuando esté dado de alta en la Entidad Aseguradora. Comprende también la asistencia sanitaria al neonato, exclusivamente durante sus primeras 24 horas de vida, en centros hospitalarios concertados por la Entidad Aseguradora.

No queda cubierta ninguna intervención quirúrgica sobre el no nacido.

1.2.2. Programa de salud materno infantil: comprende la escuela de padres durante el primer año de vida del niño y exámenes de salud del niño.

1.3. Servicio de Enfermería : comprende la asistencia en consultorio y a domicilio. Este último caso sólo previa prescripción de un médico de la Entidad Aseguradora.

2. URGENCIAS

Comprende la asistencia sanitaria en casos de urgencia que se prestará en los centros de urgencia permanente que estén concertados con la Entidad Aseguradora y que formen parte del cuadro médico de Sanitas Empresas.

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

3. ESPECIALIDADES MÉDICAS.

Con las limitaciones y exclusiones indicadas en el apartado ¿Qué no cubre su seguro? y con carácter general, las pruebas diagnósticas, métodos terapéuticos, intervenciones quirúrgicas, ingresos hospitalarios y otros servicios asistenciales serán realizados exclusivamente por los servicios que la Entidad Aseguradora designe y será necesaria la prescripción escrita de un médico concertado de la Entidad Aseguradora.

3.1. Alergología : las vacunas serán a cargo del Asegurado.

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.

Comprende la realización de dianas 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.

Quedan expresamente excluidos de la cobertura de la póliza los estudios de predisposición familiar a padecer enfermedades de origen genético, así como los estudios de farmacogenética y los mapas genéticos de tumores.

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: quedan excluidos los tratamientos de varices con espumas o microespumas.

3.6. Aparato Digestivo: comprende el diagnóstico precoz 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 : comprende el diagnóstico precoz del riesgo coronario, **será necesaria la previa prescripción escrita de un médico concertado con la Entidad Aseguradora.**

3.8. Cirugía cardiovascular: quedan excluidas las técnicas quirúrgicas que usen cualquier tipo de equipos de cirugía robótica, crioblación, técnicas percutáneas para el recambio de válvulas cardíacas.

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 y la cirugía bariátrica**

3.10. Cirugía oral y maxilofacial: están excluidos los tratamientos propios de la especialidad de Odontostomatología, así como tratamientos estéticos y/o que tengan finalidad funcional del área bucodental del paciente, entre ellos las cirugías ortognáticas, preimplantológicas y preprotésicas.

3.11. Cirugía ortopédica y traumatológica : comprende la cirugía por vía artroscópica en aquellas intervenciones en las que se ha demostrado y consolidado su eficacia. **Exclusivamente realizadas por los profesionales especialmente concertados con la Entidad Aseguradora.**

3.12. Cirugía pediátrica : comprende en los mismos términos descritos en los apartados relativos a cirugía de adultos, las intervenciones exclusivamente realizadas por profesionales específicamente concertados con la Entidad Aseguradora.

Queda expresamente excluida cualquier tipo de intervención quirúrgica sobre el no nacido.

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

3.13. Cirugía plástica y reparadora : excluye cualquier tipo de tratamiento estético.

3.14. Cirugía torácica

3.15. Dermatología

3.16. Endocrinología y Nutrición

3.17. Geriátria: queda excluido cualquier tipo de ingreso derivado de problemas de tipo social.

3.18. Hematología y hemoterapia : comprende trasplantes autólogos de médula ósea o 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 la Entidad Aseguradora.

El PET y PET/ TC son objeto de cobertura exclusivamente por la póliza 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 : comprende la litotricia del aparato urinario y las técnicas de diálisis en procesos agudos. **Quedan expresamente excluidas las técnicas de diálisis relativas a tratamientos de procesos crónicos.**

3.22. Neumología

3.23. Neurocirugía : comprende la cirugía con asistencia de navegación quirúrgica en aquellas intervenciones en las que se ha demostrado su eficacia. Comprende la monitorización electrofisiológica intraoperatoria. En ambos casos **exclusivamente realizadas por los profesionales y en los hospitales específicamente indicados en la correspondiente autorización de la Entidad Aseguradora para éstas.**

3.24. Neurofisiología Clínica

3.25. Neurología

3.26. Obstetricia y Ginecología : comprende los estudios de cribado encaminados al diagnóstico precoz de neoplasias de mama y de cuello uterino y el estudio y diagnóstico básico de la infertilidad y la esterilidad.

Comprende las intervenciones ginecológicas por vía laparoscópica en aquellas intervenciones en las que se ha demostrado y consolidado su eficacia. **Exclusivamente realizadas por aquellos profesionales**

específicamente indicados en la correspondiente autorización por la Entidad Aseguradora. Quedan excluidas las técnicas quirúrgicas que usen equipos de cirugía robótica.

Comprende exclusivamente la asistencia a partos convencionales atendidos por especialistas en obstetricia, **quedando expresamente excluidos los partos en medio acuático, a domicilio y por medios alternativos. Quedan excluidas las intervenciones quirúrgicas sobre el no nacido.**

Quedan expresamente excluidas todas las pruebas genéticas así como sus aplicaciones a excepción del cariotipo, factor V Leiden y mutación 20210 del gen de la protrombina. Asimismo, se excluyen todas las pruebas encaminadas a tratamientos de reproducción asistida.

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, cirugía de catarata o cualquier otra indicación que surja en el futuro).

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 la Entidad Aseguradora, siempre que se apliquen en centro asistencial concertado, tanto en régimen de Unidad de Día Oncológica, como en ingreso cuando éste fuera necesario.

Por lo que se refiere a los medicamentos, la Entidad Aseguradora, sólo correrá con los gastos correspondientes a los productos farmacéuticos específicamente citostáticos, que se expendan en el mercado nacional y estén debidamente autorizados por el Ministerio de Sanidad, en las indicaciones que figuran en la ficha técnica del producto y cuya administración sea por vía parenteral, en

tantos ciclos como sea necesario. Quedan incluidos los reservorios implantables de perfusión endovenosa utilizados en quimioterapia.

Comprende la realización de dianas terapéuticas, previas a la administración de determinados fármacos, siempre que en la ficha técnica del medicamento establecida por la Agencia Española de Medicamentos y Productos sanitarios se exija su determinación.

3.29. Oncología Radioterápica: queda excluida la radiocirugía

3.30. Otorrinolaringología: comprende la cirugía mediante láser y radiofrecuencia. **Exclusivamente realizadas por los profesionales específicamente indicados en la correspondiente autorización por la Entidad Aseguradora.**

3.31. Psiquiatría: el ingreso psiquiátrico sólo comprende el tratamiento de brotes agudos, previa prescripción del ingreso por un especialista concertado con la Entidad Aseguradora y **queda limitado a un periodo máximo de cincuenta (50) días por asegurado/año**, en centros psiquiátricos designados por la Entidad Aseguradora.

3.32. Reumatología

3.33. Rehabilitación: comprende las consultas encaminadas al diagnóstico, valoración y prescripción de los tratamientos de fisioterapia exclusivamente del aparato locomotor.

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

También comprende:

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 este 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: está 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.

Los medios de contraste serán por cuenta de la Entidad Aseguradora.

3.35. 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 cirugía robótica.**

Exclusiones aplicables a todas las garantías incluidas en el apartado de Especialidades Médicas, Pruebas Diagnósticas, Métodos terapéuticos e Intervenciones Quirúrgicas.

Sin perjuicio de las exclusiones específicamente indicadas en relación con determinadas especialidades médicas, resultan de aplicación a todas ellas las exclusiones establecidas a continuación :

- **El diagnóstico específico y tratamientos, inclusive la cirugía, encaminados a solventar la esterilidad o infertilidad en ambos sexos (fecundación "in vitro"), inseminación artificial, etc.**
- **La interrupción voluntaria del embarazo, así como toda la asistencia sanitaria relacionada con dicha interrupción.**
- **El estudio, diagnóstico y tratamiento de la impotencia y de la disfunción eréctil, incluida la cirugía.**
- **La cirugía de cambio de sexo.**
- **Los trasplantes de órganos, tejidos, células o componentes celulares, excepto el trasplante autólogo tanto de médula ósea como de células progenitoras de sangre periférica por tumores de estirpe hematológica, y el trasplante de córnea. En este último caso, la Entidad Aseguradora no se hace cargo de la cobertura económica de la córnea a trasplantar.**
- **Queda expresamente excluido el plasma rico en plaquetas o en factores de crecimiento**
- **En oftalmología, la cirugía refractiva de cualquier tipo para catarata, miopía, hipermetropía y astigmatismo.**

4. OTROS SERVICIOS ASISTENCIALES

4.1. Ambulancia : se prestará este servicio por vía terrestre y a través de los servicios de ambulancias concertados por la Entidad Aseguradora. Solo están comprendidos en la presente garantía, los traslados a/o desde hospitales concertados en la localidad de residencia del Asegurado, los solicitados por el Asegurado para regresar a su provincia de residencia y los traslados a centros concertados en otras provincias en el caso de que los recursos asistenciales concertados por la Entidad Aseguradora en la provincia en la que resida el Asegurado no sean suficientes para atenderle.

Para solicitar el servicio será necesario el volante de un médico concertado por la

Entidad Aseguradora, tramitado en la oficina de la misma, salvo los casos urgentes, en que no será necesario dicho volante.

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

4.2. Atención especial en domicilio: se llevará a cabo por los equipos sanitarios que designe la Entidad Aseguradora, siempre que exista la posibilidad de concertar el servicio cuando la patología del enfermo requiera cuidados especiales sin llegar a precisar ingreso hospitalario, siempre previa prescripción del médico.

No comprende la asistencia a problemas de tipo social.

4.3. Enfermería Obstétrico-ginecológica (Matronas): la asistencia al parto por matrona se realizará en todo caso en régimen de ingreso hospitalario.

4.4. Fisioterapia : está comprendida únicamente con carácter ambulatorio y exclusivamente para las afecciones de origen en el aparato locomotor siempre que no se trate de un proceso crónico o degenerativo, previa prescripción de un médico concertado por la Entidad Aseguradora. Se prestará siempre en los centros designados por la Entidad Aseguradora en la correspondiente autorización. En régimen de ingreso hospitalario se prestará sólo y exclusivamente para la recuperación del aparato locomotor secundaria a una cirugía ortopédica y la recuperación cardíaca 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.

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

4.6. Psicología: comprende la atención psicológica de carácter Individual prescrita por Psiquiatras, Médicos Asesores de Salud Familiar, Oncólogos Médicos o Pediatras pertenecientes a la Guía Orientativa de Médicos y Servicios correspondientes a este producto y cuya finalidad sea el tratamiento de patologías susceptibles de intervención psicológica. Asimismo comprende el diagnóstico psicológico simple y los test psicométricos con la salvedad de que los formularios serán por cuenta del asegurado.

Se excluye el psicoanálisis, la terapia psicoanalítica, la hipnosis, la narcolepsia, y los servicios de rehabilitación psicosocial o neuropsiquiatría. El servicio deberá ser autorizado por la Entidad Aseguradora previamente a su realización. Esta autorización garantizará que se preste el servicio a través del cuadro médico de este producto hasta un máximo de 4 consultas al mes y con un límite de 15 sesiones por cada anualidad del seguro.

4.7. Médicos y cirujanos consultores: su consulta deberá ser previamente autorizada por la Entidad Aseguradora, para aquellos especialistas que consten con dicha denominación en la Guía Orientadora de Médicos y Servicios correspondientes a este producto y a petición razonada de un médico especialista de la misma.

4.8. Podología (exclusivamente quiropodia) : limitado a seis sesiones anuales como máximo.

4.9 Preparación al Parto: comprende clases prácticas y teóricas de puericultura y psicología.

4.10. 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. Área 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 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.

4.11. Terapias respiratorias domiciliarias : los tratamientos deben ser prescritos por un

neumólogo concertado con la Entidad Aseguradora. En todos los tratamientos crónicos el Asegurado deberá renovar la prescripción del neumólogo y la autorización del servicio por parte de la Entidad Aseguradora cada mes.

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. La Entidad Aseguradora 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: **queda excluida la medicación, que será con cargo al Asegurado.**

4.12. Tratamiento del dolor : en los casos que requieran administración de medicación quedan comprendidos exclusivamente los reservorios implantables (tipo port-a-cath), **quedando expresamente excluidas las bombas implantables para infusión de medicamentos y los electrodos de estimulación medular.**

5. HOSPITALIZACIÓN

Cualquier tipo de hospitalización (médica, pediátrica, psiquiátrica, en U.V.I., quirúrgica) se realizará en clínica u hospital designado por la Entidad Aseguradora, previa prescripción escrita de un especialista concertado y autorización expresa de ésta.

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 la Entidad Aseguradora los gastos derivados de la realización de los métodos diagnósticos y terapéuticos, tratamientos quirúrgicos (incluidos gastos de quirófano y medicamentos excepto medicación citostática extranjera) y

estancias con la manutención del enfermo, comprendidos en la cobertura de la póliza.

La hospitalización obstétrica comprende exclusivamente la asistencia a partos convencionales atendidos por especialistas en obstetricia.

Quedan expresamente excluidos los partos en medio acuático, a domicilio y por medios alternativos.

Exclusiones aplicables a todas las garantías incluidas en el apartado de Hospitalización

- **La hospitalización por problemas de tipo social.**

6. 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 por especialistas, centros asistenciales, médicos o académicos de primer nivel, en cualquier país del mundo, designados por la Entidad Aseguradora.

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.

7. 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.

8. PLAZOS DE CARENIA.

Todas las prestaciones que en virtud de este seguro asuma Sanitas, serán facilitadas desde el momento de entrada en vigor del presente contrato. **Se exceptúan de este principio general los siguientes servicios, respecto de los cuales será necesario que hayan transcurrido los respectivos plazos de carencia que se especifican seguidamente:**

- **Intervenciones quirúrgicas ambulatorias:** tres meses
- **Pruebas diagnósticas de alta tecnología:** seis meses
- **Psicología:** seis meses
- **Parto o cesárea:** ocho meses
- Los siguientes **métodos terapéuticos complejos:** cardiología intervencionista/hemodinamia; radiología intervencionista; radioterapia y quimioterapia; y litotricia: diez meses.
- **Hospitalización e intervenciones quirúrgicas no ambulatorias o en régimen de hospitalización, incluidas la vasectomía y la ligadura de trompas:** diez meses

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

Sanitas Dental 21

1. SERVICIOS INCLUIDOS EN SU PÓLIZA

En este tipo de servicios el Asegurado no tiene que abonar al odontólogo cantidad alguna.

La asistencia de los servicios cubiertos se prestará exclusivamente por los facultativos que aparecen en la lista de odontólogos del cuadro facultativo correspondiente a esta póliza.

Dicha asistencia se llevará a cabo exclusivamente en la consulta del odontólogo, quedando excluida expresamente la asistencia fuera de la misma.

ODONTOLOGÍA GENERAL Y PREVENTIVA

- Consulta odontología general: exploración y diagnóstico
- Limpieza de boca/tartrectomía

CIRUGÍAS

- Extracción simple
- Extracción de Cordales no incluidos
- Extracción pieza incluida (también cordales incluidos)
- Extracción Restos radiculares
- Odontosección
- Curas

ODONTOLOGÍA ESTÉTICA

- Férula para blanqueamiento de fotoactivación (para tratamientos realizados en la misma clínica)

ODONTOPEDIATRÍA

- Consulta
- Radiografía intraoral (hasta 12 años)
- Extracción dientes temporales

PERIODONCIA

- Serie radiográfica periodontal

ORTODONCIA

- Consulta
- Estudio radiológico para ortodoncia
- Extracción dientes temporales
- Extracción simple
- Caja de ortodoncia (para tratamientos realizados en la misma clínica)
- Protector bucal para ortodoncia (para tratamientos realizados en la misma clínica)

DIAGNÓSTICO POR IMAGEN: RADIOLOGÍA /OTROS

- Radiografía periapical/aleta/oclusal
- Serie radiográfica periodontal
- Radiografía lateral cráneo
- Ortopantomografía (panorámica)
- Cefalometría
- Fotografías o diapositivas
- Tomografía axial computerizada (una arcada)(TAC dental)
- Tomografía axial computerizada (ambas arcadas)(TAC dental)

URGENCIAS

En caso de urgencia, el asegurado deberá acudir a los centros de urgencia permanentes que indique la Guía Práctica.

2. SERVICIOS CON FRANQUICIA A CARGO DEL ASEGURADO

Será necesaria la aceptación por parte del Asegurador de la prescripción y la franquicia correspondiente facilitados por el odontólogo, abonando el Asegurado al odontólogo directamente dicha franquicia correspondiente al coste del servicio que solicita.

El Asegurado asumirá el coste de los servicios que correspondan de conformidad con el baremo de franquicias vigente en el momento de la prestación.

En el caso de que se produjera alguna modificación en el importe de las franquicias a cargo del Asegurado, Sanitas comunicará las nuevas franquicias al mismo con dos meses de antelación a la fecha de su entrada en vigor, suponiendo el pago de la prima la aceptación de dichos cambios.

Las franquicias de estos servicios vienen indicadas en las Condiciones Particulares de la póliza, siendo dichas franquicias a cargo del Asegurado. Estos servicios son:

ODONTOLOGÍA GENERAL Y PREVENTIVA

- Fluorizaciones tópicas
- Tratamiento para la sensibilidad dental
- Sellador de fisuras

CIRUGÍAS

Cirugía menor

- Frenectomías (superior o inferior)
- Extirpación épulis/pequeños quistes mucosos
- Drenaje abscesos gingivales/paradontales
- Apicectomías
- Quiste dentario

Cirugía Preprotésica

- Vestibuloplastia (por cuadrante)
- Regularización reborde alveolar (por cuadrante)
- Extirpación de torus (por cuadrante)

Cirugía Ortodóncica

- Tratamiento quirúrgico-ortodóncico (fenestración) (por diente)

ODONTOLOGÍA CONSERVADORA

- Empaste/obtusión
- Reconstrucción
- Recubrimiento pulpar directo
- Recubrimiento pulpar indirecto
- Obtusión provisional

ENDODONCIA

- Consulta tratamiento sintomatológico (apertura, instrumentación y drenaje)
- Material retroobturador (MTA)
- Poste de fibra de vidrio o carbono
- Endodoncia unirradicular

- Endodoncia birradicular
- Endodoncia poliirradicular
- Reendodoncia unirradicular
- Reendodoncia birradicular
- Reendodoncia poliirradicular

ODONTOLOGÍA ESTÉTICA

Blanqueamientos

- Blanqueamiento dental con férulas (por tratamiento)
- Blanqueamiento dental por fotoactivación (láser, plasma, xenón)(ambas arcadas por tratamiento)
- Blanqueamiento dental por fotoactivación (láser, plasma, xenón)(por diente vital y no vital)
- Blanqueamiento dental: tratamiento mixto fotoactivación más férula (una arcada por tratamiento)
- Blanqueamiento dental: tratamiento mixto fotoactivación más férula (ambas arcadas por tratamiento)

Reconstrucciones Dentarias

- Reconstrucción frente estético de composite (por pieza)
- Reparación intraoral de porcelana (por pieza)
- Carilla de porcelana
- Carilla inyectada
- Carilla de zirconio
- Carilla de composite
- Corona o unidad de puente inyectada
- Corona o unidad de puente de zirconio

ODONTOPEDIATRÍA

- Educación bucodental
- Fluorizaciones tópicas
- Sellador de fisuras (menores de 15 años)
- Obtusión en dientes temporales
- Pulpotomía sin reconstrucción
- Pulpectomía sin reconstrucción
- Corona preformada metálica
- Apicoformación (tratamiento completo)
- Mantenedor de espacio fijo
- Mantenedor de espacio removible
- Retirar puente/corona/mantenedor de espacio (por pieza)
- Guía o tope de oclusión (por pieza)
- Pantalla oral

PRÓTESIS

- Montaje y estudio en articulador semiajustable
- Análisis oclusal
- Tallado selectivo
- Encerado diagnóstico (por pieza)

Prótesis Fija

- Retirar puente/corona/mantenedor de espacio (por pieza)
- Recementado
- Incrustación metal
- Incrustación composite
- Incrustación porcelana
- Corona de resina provisional
- Corona o unidad de puente metal-porcelana
- Corona o unidad de puente metal noble-porcelana
- Corona o unidad de puente porcelana
- Corona o unidad de puente inyectada
- Corona o unidad de puente de zirconio
- Muñón colado unirradicular
- Muñón colado multirradicular
- Muñón de zirconio
- Apoyo Maryland (unidad)
- Attaches

Prótesis Removible

- Removible acrílico (de 1 a 3 piezas)
- Removible acrílico (de 4 a 6 piezas)
- Removible acrílico (más de 6 piezas)
- Suplemento resina hipoalérgica (por arcada)
- Compostura
- Compostura (rebase)(por aparato)
- Compostura (añadido de retenedor)
- Compostura (refuerzo metálico)
- Compostura (añadir pieza a removible acrílico)
- Completa (una arcada, superior o inferior)
- Esqueléticos (por pieza)
- Esqueléticos (estructura base)
- Removible flexible (de 1 a 3 piezas) (Flexite, Valplast, otros)
- Removible flexible. (de 4 a 6 piezas) (Flexite, Valplast, otros)
- Removible flexible (más de 6 piezas) (Flexite, Valplast, otros)
- Hombro o cuello cerámico (por pieza)

PERIODONCIA

Tratamientos no quirúrgicos

- Valoración periodontal (periodontograma) (por arcada)
- Mantenimiento periodontal

- Raspado y alisado radicular (por cuadrante) (curetaje)
- Ferulización periodontal (por pieza)
- Raspado y alisado radicular (por pieza) (curetaje)

Tratamientos quirúrgicos

- Gingivectomía (por cuadrante)
- Cirugía a colgajo (por cuadrante)
- Regeneración con biomateriales (hueso liofilizado, etc.)(por unidad 0,5gr.)
- Membrana (unidad)
- Alargamiento coronario
- Colgajo reposición apical (por cuadrante)
- Injerto libre de encía

ORTODONCIA

Tratamientos complementarios

- Estudio y diagnóstico para ortodoncia
- Aparato de retención con férula (finalización de tratamiento)(por arcada)
- Aparato de retención con barra lingual (finalización de tratamiento)(por arcada)
- Revisiones (en periodo de latencia o descanso)
- Renovación aparato móvil, cambio o pérdida
- Compostura de aparatos (por rotura de aparatos)
- Microtornillos ortodóncicos (por unidad)
- Reposición brackets metálicos (unidad)
- Reposición brackets cerámicos (unidad)
- Reposición brackets autoligables (unidad)
- Reposición brackets zafiro (unidad)

Tratamiento con aparatología fija con brackets metálicos

- Inicio una arcada; sup. o inf (incluye primer aparato)
- Inicio ambas arcadas (incluye primeros aparatos)

Tratamiento con aparatología fija con brackets cerámicos

- Inicio una arcada; sup. o inf (incluye primer aparato)
- Inicio ambas arcadas (incluye primeros aparatos)

Tratamiento con aparatología fija con brackets zafiro

- Inicio una arcada; sup. o inf (incluye primer aparato)
- Inicio ambas arcadas (incluye primeros aparatos)

Tratamiento con aparatología fija con brackets autoligables

- Inicio una arcada; sup. o inf (incluye primer aparato)
- Inicio ambas arcadas (incluye primeros aparatos)

Tratamiento con aparatología fija con brackets autoligables estéticos

- Inicio una arcada; sup. o inf (incluye primer aparato)
- Inicio ambas arcadas (incluye primeros aparatos)

Tratamiento con aparatología fija con técnica invisible

- Inicio tratamiento menos de 12 meses
- Inicio tratamiento a partir de 12 meses

Tratamiento interceptivo con aparatología fija

- Inicio una arcada; sup. o inf (incluye primer aparato Quad-helix)
- Inicio ambas arcadas (incluye primeros aparatos)

Tratamiento interceptivo con aparatología removible

- Inicio una arcada; sup. o inf (incluye primer aparato)
- Inicio ambas arcadas (incluye primeros aparatos)

Tratamiento mixto: fuerza ortopédica con aparatología fija

- Inicio una arcada; sup. o inf (incluye primer aparato)
- Inicio ambas arcadas (incluye primeros aparatos)

Tratamiento mixto: fuerza ortopédica con aparatología removible

- Inicio una arcada; sup. o inf (incluye primer aparato)
- Inicio ambas arcadas (incluye primeros aparatos)

- Corona o unidad puente inyectada sobre implante
- Corona o unidad puente de zirconio sobre implante
- Corona provisional para carga inmediata
- Muñón de titanio (por pieza)
- Muñón de zirconio sobre implante (por pieza)
- Sobredentadura sobre implantes (por aparato)
- Prótesis híbrida (por arcada)
- Supra o mesoestructura (unidad)
- Suplemento metal precioso
- Aditamento protésico (piezas intermedias)
- Aditamento protésico para carga inmediata
- Locator (por unidad)
- Barra Microfresada (sobre 5 o menos implantes)
- Barra Microfresada (sobre 6 o más implantes)

PATOLOGÍA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR

- Montaje y estudio en articulador semiajustable
- Revisiones, ajustes férula
- Análisis oclusal
- Tallado selectivo
- Férula de neuromiorrelajación (tipo Michigan)

IMPLANTOLOGÍA

- Estudio implantológico
- Mantenimiento implantológico

Cirugía Implantológica

- Implante osteointegrado (unidad)
- Elevación de seno maxilar cerrada
- Elevación de seno maxilar abierta
- Regeneración con biomateriales (hueso liofilizado, etc.)(por unidad 0,5gr.)
- Membrana (unidad)

Cirugía Guiada

- Estudio cirugía implantológica guiada
- Suplemento implante cirugía guiada (unidad)
- Férula prequirúrgica de bario para scanner dental
- Férula quirúrgica (para cirugía guiada)

Prótesis sobre Implantes

- Corona metal-cerámica sobre implante
- Corona metal noble-cerámica sobre implante

¿Qué no cubre su seguro?

Exclusiones aplicables con carácter general a todas las garantías objeto de cobertura por esta póliza.

Quedan excluidas de la cobertura de esta póliza, sin perjuicio de las exclusiones ya indicadas anteriormente, las asistencias o reembolsos derivados de los riesgos indicados a continuación:

1. Toda clase de enfermedades, lesiones, defectos o deformaciones congénitas ó preexistentes a la fecha de efecto del alta de cada Asegurado de la póliza. Así como todos los servicios que pudieran derivarse de alguno de todos ellos, salvo que hubieran sido aceptadas expresamente por la Entidad Aseguradora en las Condiciones Particulares de esta póliza.

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, accidentes, lesiones, malformaciones o defectos 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.

4. La asistencia sanitaria que exija el tratamiento por enfermedades, lesiones, malformaciones o defectos derivados de 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.

5. La asistencia sanitaria prestada en centros de la Seguridad Social o centros integrados en el Sistema Nacional de Salud.

6. 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.

7. La asistencia sanitaria derivada de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, SIDA y las enfermedades relacionadas con éste.

8. Todo lo relativo a la terapia educativa, educación del lenguaje en procesos sin patología orgánica o la educación especial para enfermos con afección psíquica.

9. Los gastos por viaje y desplazamiento salvo la contemplado en el punto de ambulancia de la Cláusula II Cobertura del Seguro de la presente póliza.

10. 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.

11. Cualquier tipo de servicio relacionado con patologías o tratamientos no cubiertos, así como complicaciones que se deriven de éstos.

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

13. La asistencia sanitaria por enfermedades o lesiones producidas practicando como aficionado deportes de riesgo, como por ejemplo actividades aéreas, pruebas de velocidad o resistencia con vehículos a motor,

bobsleigh, submarinismo, escalada, boxeo, tореo, artes marciales, rugby, o cualquier otra actividad de riesgo análogo.

14. 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.

15. Los reconocimientos médicos generales de carácter preventivo, salvo los contemplados en la descripción de los servicios en la Cláusula II Cobertura del Seguro la presente póliza.

16. Tratamientos crónicos de diálisis y hemodiálisis.

17. Técnicas quirúrgicas que usen equipos de cirugía robótica.

18. Todos aquellos procedimientos diagnósticos, quirúrgicos o terapéuticos cuya seguridad y eficacia clínicas no estén debidamente contrastadas científicamente o que sean de nueva aparición, no incluidos en expresamente en la presente póliza. Aquellos procedimientos no universalizados ni consolidados en la práctica clínica habitual y los que hayan quedado manifiestamente superados por otros 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.

19. Servicios o técnicas que consisten en meras actividades de ocio, descanso, confort o deporte, así mismo los tratamientos en balnearios y curas de reposo.

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

- los tratamientos en patología oftálmica intraocular con las limitaciones expresamente indicadas en el apartado oftalmología de la cláusula segunda
- 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 intervenciones, infiltraciones y tratamientos así como cualquier otra intervención que tenga un carácter puramente estético o cosmético. En cirugías de mama sólo se cubren las ocasionadas por enfermedad tumoral, quedando expresamente excluidas las cirugías con carácter profiláctico, hipertrofias mamarias y ginecomastias. Igualmente queda expresamente excluido, el tratamiento de cualquier tipo de patologías o complicaciones que pudieran manifestarse en un momento posterior y que estén directa y/o principalmente causadas por haberse sometido el asegurado a una intervención, infiltración o tratamiento de los anteriormente señalados de naturaleza puramente estética o cosmética.

22. Las prótesis y material implantable salvo los relacionados en el apartado prótesis incluido en la Cláusula II Cobertura del Seguro. Quedan excluidos entre otros cualquier prótesis externa, cualquier tipo de material ortopédico, fijadores externos, materiales biológicos o sintéticos, injertos, endoprótesis aórticas, conductos valvulados, desfibriladores y el corazón artificial.

23. Todos los servicios odontológicos.

24. Los productos farmacéuticos fuera del régimen de hospitalización, salvo la quimioterapia administrada vía parenteral por un profesional sanitario en centros concertados, así como vacunas de todo tipo y productos de parafarmacia.

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

26. Todos los medicamentos no comercializados en España.

27. Cirugía bariátrica en obesidad mórbida

28. La radiocirugía

29. La cirugía de la epilepsia.

30. La cirugía de la enfermedad de parkinson

Cláusula III: Forma de prestar los Servicios

1. A través del cuadro médico concertado

La asistencia, se prestará en **todas las poblaciones donde la Entidad Aseguradora tenga representación debidamente autorizada o cuente con cuadro médico concertado para este producto.**

Cuando en cualquiera de las poblaciones donde radique dicha representación o cuadro médico concertado no exista alguno de los servicios comprendidos en el contrato, serán facilitados en la provincia donde los mismos puedan realizarse, a elección del Asegurado. Los Asegurados podrán **acudir a las consultas de los facultativos especialistas** que forman parte del cuadro médico de este producto.

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.**

Con carácter general, será necesaria la previa autorización expresa de la Entidad Aseguradora para intervenciones quirúrgicas, hospitalizaciones, médicos consultores y determinados métodos terapéuticos y pruebas diagnósticas, previa prescripción escrita de los facultativos de la Entidad Aseguradora.

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, cirugías que requieran equipamientos robóticos, de navegación asistida o cualquier otra tecnología de implantación restringida) la Entidad Aseguradora 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.

La Entidad Aseguradora no otorgará esta autorización si entendiéndose que se trata de una prestación no cubierta por la póliza. Solo mediante la emisión de la autorización, la Entidad Aseguradora acepta vincularse económicamente con la prestación del correspondiente servicio.

No obstante lo establecido en los párrafos anteriores, **en los casos de urgencia vital** será suficiente, a estos efectos, la prescripción del médico concertado por la Entidad Aseguradora, debiendo el Asegurado **fehacientemente** el hecho a la Entidad Aseguradora y obtener su confirmación dentro de las 72 horas siguientes al ingreso en la institución hospitalaria o a la prestación del servicio asistencial. En estos supuestos de urgencia **vital**, la Entidad Aseguradora quedará vinculada económicamente hasta el momento en que manifieste su decisión de que la póliza no cubre el acto médico o la hospitalización.

La Entidad Aseguradora, una vez recibida la notificación del Asegurado, si éste está ingresado en un centro no concertado, podrá trasladarlo a uno de los centros concertados con la Entidad Aseguradora siempre que su situación clínica lo permita.

Cuando necesidades asistenciales de carácter excepcional así lo requieran, la Entidad Aseguradora podrá remitir o trasladar al Asegurado a centros hospitalarios de carácter público para su tratamiento médico u hospitalización.

La incorporación en la cobertura de la póliza de nuevos procedimientos diagnósticos, terapéuticos y nuevas tecnologías se hará conforme a los principios de la medicina basada en la evidencia una vez que hayan demostrado su efectividad y seguridad, y exista suficiente disponibilidad para su realización en los medios concertados de la Entidad Aseguradora. El hecho de que un procedimiento asistencial, consulta, medio diagnóstico o terapéutico sea prescrito u

ordenado por un facultativo, no implica en sí, que sea necesario desde el punto de vista médico que se encuentre incluida entre las garantías de la póliza o que el profesional-proveedor haya sido aceptado por la compañía para su realización.

2. En medios no concertados con la Entidad Aseguradora

La Entidad Aseguradora no se hará cargo de la asistencia prestada a sus asegurados a través de profesionales y/o centros médicos no concertados específicamente para el cuadro médico de este producto, salvo en las urgencias vitales ya mencionadas anteriormente o cuando concurran las necesidades asistenciales ya mencionadas.

3. Servicios a Domicilio

La Entidad Aseguradora se obliga a prestar los servicios a domicilio únicamente en la **dirección que figura en la Póliza, y cualquier cambio de la misma habrá de ser notificado** por carta certificada con una antelación mínima de ocho días al requerimiento de cualquier servicio.

En los casos de desplazamiento temporal a aquellos lugares donde la Entidad Aseguradora no tuviese oficina propia pero sí cuadro concertado para este producto, el Asegurado deberá **presentar su tarjeta Sanitas** para solicitar los servicios en las Oficinas de las Entidades concertadas con la Entidad Aseguradora, aceptando los trámites administrativos de dichas Entidades.

4. Asistencia en caso de urgencia vital

Según dispone el artículo 103 de la Ley de Contrato de Seguro, la Entidad Aseguradora asume la necesaria asistencia que tenga carácter de **urgencia vital** de acuerdo con lo previsto en las Condiciones de la Póliza.

La asistencia que tenga carácter de **urgencia vital** se prestará a través de los medios concertados por la Entidad Aseguradora dentro del cuadro médico para este producto.

Cláusula IV: 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-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.

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 dolosamente cualquier circunstancia por él conocida que pueda influir en la valoración del riesgo, la Entidad Aseguradora 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 a la Entidad Aseguradora 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).

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 la Entidad Aseguradora, 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 la Entidad Aseguradora 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.

1.5. En el supuesto de indicación inexacta de la fecha de nacimiento del Asegurado, la Entidad Aseguradora 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 a la Entidad Aseguradora 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, la Entidad Aseguradora estará obligado a restituir el exceso de las primas percibidas sin intereses.

1.6. Contratación a distancia del seguro : 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 a la Entidad Aseguradora, utilizando cualquier soporte duradero y accesible a la Entidad Aseguradora. 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.

2. DURACIÓN DEL SEGURO

2.1. 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 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 la Entidad Aseguradora, 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 por tanto lo establecido en el párrafo anterior.

2.3. 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 a la Entidad Aseguradora.

c) Por traslado de residencia al extranjero o por no residir un mínimo de nueve (9) meses al año en territorio nacional. La prima corresponderá a la Entidad Aseguradora 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.

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

3. PRIMAS DEL SEGURO

3.1. 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.**

3.2. 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, la Entidad Aseguradora 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, la Entidad Aseguradora quedará liberada de su obligación, salvo pacto en contrario.

3.3. En caso de falta de pago de la segunda y sucesivas primas, la **garantía de la Entidad Aseguradora queda suspendida un mes después del día de su vencimiento**, y si la Entidad Aseguradora 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, la Entidad Aseguradora, cuando el contrato esté en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la prima del periodo en curso.

3.4. En el caso de primas fraccionadas, si ocurriere algún siniestro, la Entidad Aseguradora 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 la Entidad Aseguradora.

3.5. La Entidad Aseguradora sólo queda obligada por los recibos librados por la Dirección o por sus representantes legalmente autorizados.

3.6. 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.

3.7. El Tomador del Seguro, recibida en su caso, la comunicación de la Entidad Aseguradora 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 a la Entidad Aseguradora su voluntad de dar por finalizada a su término la relación contractual.

3.8. 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.

4. DERECHOS Y DEBERES

4.1. Obligaciones y deberes del Tomador del Seguro y/o Asegurado

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

a) Declarar a la Entidad Aseguradora, 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 la Entidad Aseguradora 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.

La Entidad Aseguradora 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 a la Entidad Aseguradora, 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 la Entidad Aseguradora 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, la Entidad Aseguradora quedará liberada del pago de la prestación.

b) Comunicar a la Entidad Aseguradora, 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. La Entidad Aseguradora 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, la Entidad Aseguradora 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.

La Entidad Aseguradora 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, la Entidad Aseguradora queda liberada de su prestación si el Tomador o el Asegurado han actuado con mala fe. En otro caso, la prestación de la Entidad Aseguradora 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 a la Entidad Aseguradora, 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 que procedan y estén descritos en el Apartado ¿Qué cubre su seguro? De las presentes Condiciones Generales, 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 a la Entidad Aseguradora 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 a la Entidad Aseguradora 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.

e) 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 Entidad 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.

f) Facilitar a la Entidad Aseguradora, en aquellos casos que lo requiera expresamente, los informes médicos y /o presupuestos del proveedor que permitan a aquél determinar si la prestación asistencial requerida es objeto de cobertura por la póliza. La Entidad Aseguradora 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.

4.2. 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 a la Entidad Aseguradora, 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 de la Entidad Aseguradora 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.

4.3. Obligaciones de la Entidad Aseguradora

a) Además de hacer efectivas las garantías aseguradas, la Entidad Aseguradora 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) La Entidad Aseguradora entregará al Tomador del Seguro y/o Asegurado la(s) tarjeta(s) Sanitas, con especificación del teléfono de información de los servicios de urgencias.

5. RECLAMACIONES

5.1. Libro de reclamaciones

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

5.2. 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.

5.3. 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 de la Entidad Aseguradora, mediante escrito dirigido a la **calle Ribera del Loira Nº 52 (28042 Madrid)**, 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 de la Entidad Aseguradora, o en caso de no estar conformes con la resolución de este, podrán formular su reclamación ante el Defensor del Asegurado designado por la Entidad Aseguradora 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 la Entidad Aseguradora. 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 la Entidad Aseguradora, una resolución motivada que será comunicada por escrito tanto al reclamante como la Entidad Aseguradora para quien resultará vinculante.

3. También, se podrá iniciar el procedimiento administrativo de reclamación ante el Comisionado para la Defensa del Asegurado y del Partícipe 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.

6. OTROS ASPECTOS LEGALES A TENER EN CUENTA

6.1. Subrogación

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

La Entidad Aseguradora 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 a la Entidad Aseguradora en su derecho a subrogarse.

La Entidad Aseguradora 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 Entidad Aseguradora y de Asegurado frente a tercero responsable, el recobro obtenido se repartirá entre ambos en proporción a su respectivo interés.

6.2. Duplicado de la póliza

En caso de extravío de la Póliza, la Entidad Aseguradora 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 a la Entidad Aseguradora de los perjuicios que le irroque la reclamación de un tercero.

6.3. Comunicaciones

6.3.1. Las comunicaciones a la Entidad Aseguradora por parte del Tomador del Seguro, del Asegurado o Beneficiario **se realizarán en el domicilio social señalado en la Póliza.**

6.3.2. Las comunicaciones de la Entidad Aseguradora 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 la Entidad Aseguradora.

6.3.3. 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 a la Entidad Aseguradora.

6.4. 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, 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.

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.

7. OTROS

El Tomador del Seguro y/o el Asegurado autorizan a la Entidad Aseguradora 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 podrán solicitar a la Entidad Aseguradora copia o transcripción escrita del contenido de las conversaciones grabadas entre ambos.

8. 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 16 de Enero de 2014

Por el Asegurado/
Tomador del Seguro

Por el Asegurador

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

SERVICIOS DE SALUD

SERVICIOS DE SALUD

Porque nuestro objetivo es ofrecerle un servicio cada vez más completo y personalizado, en Sanitas hemos dado un paso adelante poniendo a su disposición una amplia gama de soluciones de salud a las que podrá acceder con precios especiales por ser cliente de Sanitas.

Tendrá a su alcance **servicios avanzados a problemas específicos** como la miopía, la vista cansada, la infertilidad, la alopecia, etc. Además, dispondrá de servicios orientados a **la prevención, la estética y la maternidad**.

Todos los servicios son diseñados, planificados y realizados por **médicos de contrastada experiencia**, con toda la garantía de la calidad asistencial de Sanitas.

AMPLIA GAMA DE SERVICIOS

MÁS SOLUCIONES

Cuidamos de sus Ojos

- Cirugía Láser Ocular
- Presbicia (Vista Cansada)

Nutrición

- Test de Intolerancia Alimentaria
- Balón Intragástrico

Salud del Varón

- Láser Prostático
- Unidad del Varón

Microespuma para varices

MATERNIDAD

Reproducción Asistida

Sanitas Cordón Umbilical

PREVENCIÓN

Reconocimientos Médicos Avanzados

- Reconocimiento Médico Classic
- Reconocimiento Médico Integral
- Reconocimiento Médico Complete
- Reconocimiento Médico Cardiológico
- Reconocimiento Médico Urológico
- Reconocimiento Médico Ginecológico

Test Genéticos

ESTÉTICA

Soluciones Capilares

- Tratamientos Capilares
- Sistemas de Integración
- Microinjerto Capilar

Soluciones Estéticas

Tratamientos Médico Estéticos

PROGRAMAS

Programa Complementario de Rehabilitación Cardíaca

Sesiones de Psicologías

VENTAJAS EXCLUSIVAS DE SANITAS

Además de tener a su disposición estos **servicios exclusivos y diferenciales**, por ser cliente de Sanitas, podrá acceder con unas **condiciones muy ventajosas**:

Primera consulta gratis

Primera consulta totalmente gratis y sin compromiso. Solo tendrá que llamar a nuestro equipo de atención al cliente y solicitar su cita. Una vez que el médico haya evaluado su caso, podrá decidir libremente si contrata o no dicho servicio.

Importantes descuentos

Los precios de todos nuestros servicios suponen un descuento importante respecto a los precios medios de mercado. Además por ser cliente de Sanitas S.A. de Seguros dispone de descuentos adicionales.

Financiación y fraccionamiento de pago

Podrá acceder a unas ventajosas condiciones que le ayudarán a abonar su tratamiento de una forma aún más cómoda: 0% interés a un año. También podrá consultar las condiciones para otros periodos de tiempo.

Precio cerrados

Nuestros precios cerrados, fijados con anterioridad al tratamiento o a la intervención, incluyen 1ª consulta gratuita, el tratamiento o intervención, resto de consultas que pudiesen ser necesarias hasta el alta, retoques posteriores en caso de que fuese necesario hasta el alta y siempre bajo prescripción médica.

Amplio y experto cuadro médico

Seleccionamos a los mejores centros para poder ofrecer todos nuestros servicios con la máxima tranquilidad y confianza. Se trata de profesionales de dilatada experiencia que utilizan las más avanzadas tecnologías en su práctica médica. Nuestro equipo de atención al cliente le detallará cuáles son las opciones dentro de su provincia.

Equipo especializado de atención al cliente

Nuestro equipo de atención al cliente está especializado en todos nuestros servicios y le ayudará con cualquier duda o trámite que necesite realizar.

**Para más información entra en sanitas.es
llama al 902 100 680**

CONDICIONES LEGALES

Servicios ofrecidos por Sanitas S.L. de Diversificación, compañía perteneciente al Grupo Sanitas. Estos servicios no están cubiertos con carácter general por ninguno de nuestros productos aseguradores, con excepción de aquellas pólizas donde se haya acordado expresamente su inclusión dentro de la cobertura asegurada. Los clientes de Sanitas S.A. de Seguros, pueden acceder a estos servicios en condiciones especiales, consultar precios.

Financiación al 0% de interés a 12 meses: consultar condiciones para plazos más largos de financiación, gastos de apertura de crédito, cuota mínima mensual y disponibilidad del servicio en cada provincia. Financiación sujeta a la concesión por la entidad financiera.

Los siguientes servicios: Sanitas Cordón Umbilical, Programa Complementario de Rehabilitación Cardíaca, Reconocimientos Médicos Avanzados, Sesiones Adicionales de Psicología, Test de Intolerancia Alimentaria, Test Genético de Paternidad, Huella Genética y la Determinación del Sexo Fetal en Sangre Materna, no requieren de primera consulta de valoración. En los servicios de eyaculación precoz y disfunción eréctil, la primera cita de valoración si tiene coste debido a las pruebas diagnósticas que estos implican.

Si necesita contactar con nosotros

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.



Sanitas Más Soluciones Para Cuidarte 902 500 079

Asesoramiento y contratación de todos los servicios complementarios a la póliza de salud, así como las ventajas por ser cliente de Sanitas.

Domicilio Social: Ribera del Loira, 52 - 28042 Madrid
Fax 91 585 87 00 Web 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.

Doctor:	Especialidad:
Teléfono:	
Dirección:	
Doctor:	Especialidad:
Teléfono:	
Dirección:	
Doctor:	Especialidad:
Teléfono:	
Dirección:	

Doctor:

Especialidad:

Teléfono:

Dirección:

Doctor:

Especialidad:

Teléfono:

Dirección:

Doctor:

Especialidad:

Teléfono:

Dirección:

Doctor:

Especialidad:

Teléfono:

Dirección:

**COBERTURAS
ADICIONALES DE SU
PÓLIZA**

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

Quando 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.