



¿Qué cubre su seguro?

Los cuadros siguientes describen las prestaciones de tipo asistencial cubiertas por el seguro Sanitas Familia.

Consulte la información completa en la página indicada.

1. Medicina primaria	Pág. 11
Medicina general	Pág. 11
Pediatría y puericultura	Pág. 11
Servicio de A.T.S./D.U.E.	Pág. 11
2. Urgencias	Pág. 12
3. Especialidades médicas, quirúrgicas y pruebas diagnósticas	Pág. 12
Alergia e inmunología	Pág. 12
Análisis clínicos	Pág. 12
Anatomía patológica	Pág. 12
Anestesiología y reanimación	Pág. 12
Angiología y cirugía vascular	Pág. 12
Aparato digestivo	Pág. 12
Cardiología	Pág. 12

Cirugía cardiovascular	Pág. 12
Cirugía General y del Aparato Digestivo	Pág. 12
Cirugía oral y maxilofacial	Pág. 12
Cirugía pediátrica	Pág. 12
Cirugía plástica y reparadora	Pág. 12
Cirugía torácica	Pág. 12
Dermatología	Pág. 12
Diagnóstico por imagen	Pág. 12
Endocrinología	Pág. 13
Geriatría	Pág. 13
Ginecología	Pág. 13
Hematología y hemoterapia	Pág. 13
Medicina Interna	Pág. 13
Medicina nuclear / isótopos radioactivos	Pág. 13
Nefrología	Pág. 13
Neonatología	Pág. 13
Neumología	Pág. 13
Neurocirugía	Pág. 13
Neurología	Pág. 13
Obstetricia	Pág. 13
Odontoestomatología	Pág. 13
Oftalmología	Pág. 13
Oncología	Pág. 13
Otorrinolaringología	Pág. 13
Proctología	Pág. 13
Psiquiatría	Pág. 14
Reumatología	Pág. 14
Traumatología y cirugía ortopédica	Pág. 14
Urología	Pág. 14
Médicos y cirujanos consultores	Pág. 14

4. Métodos terapéuticos	Pág. 14
Aerosolterapia y ventiloterapia	Pág. 14
Hemodiálisis	Pág. 14
Litotricia del aparato urinario	Pág. 14
Logofoniatría	Pág. 14
Oxigenoterapia	Pág. 14
Quimioterapia	Pág. 14
Radioterapia	Pág. 14
Rehabilitación	Pág. 15
Tratamiento del dolor	Pág. 15
5. Otros servicios	Pág. 15
Ambulancia	Pág. 15
Podología (quiropodia)	Pág. 15
Atención especial en domicilio	Pág. 15
Prótesis	Pág. 15
6. Hospitalización	Pág. 15
Hospitalización médica	Pág. 16
Hospitalización pediátrica	Pág. 16
Hospitalización psiquiátrica	Pág. 16
Hospitalización en U.V.I.	Pág. 16
Hospitalización quirúrgica	Pág. 16
Hospitalización obstétrica	Pág. 16
7. Segunda opinión	Pág. 16
8. Sanitas 24 Horas	Pág. 16
9. Psicología	Pág. 16
10. Asistencia en Estados Unidos	Pág. 17
11. Plazos de carencia	Pág. 17



¿Qué no cubre su seguro?

Quedan excluidos del objeto de este seguro los gastos médicos y/u hospitalarios correspondientes a:

1. Enfermedades anteriores a la contratación de la póliza	Pág. 18
2. Enfermedades/dolencias derivadas de actos bélicos	Pág. 18
3. Contaminación radioactiva y desastres naturales	Pág. 18
4. Accidentes laborales, deportivos, de tráfico y gastos en centros no concertados	Pág. 18
5. Adicciones, lesiones autoinfligidas y dolo	Pág. 18
6. Productos farmacéuticos	Pág. 18
7. Disciplinas biosanitarias alternativas	Pág. 18
8. Homeopatía	Pág. 19
9. Infertilidad y aborto	Pág. 19
10. Trasplantes	Pág. 19
11. SIDA (V.I.H.)	Pág. 19
12. Tratamientos capilares	Pág. 19
13. Hospitalización por problemas de tipo social	Pág. 19
14. Determinados reconocimientos médicos	Pág. 19

15. Terapia educativa	Pág. 19
16. Intervenciones dentales concretas	Pág. 19
17. Prótesis y materiales ortopédicos	Pág. 19
18. Tratamientos crónicos de diálisis y hemodiálisis	Pág. 19
19. Gastos por viaje y desplazamientos	Pág. 19
20. Cirugía refractiva y determinadas terapias con láser	Pág. 19
21. Genética	Pág. 20
22. Cambio de sexo	Pág. 20
23. Técnicas diagnósticas, quirúrgicas y tratamientos de nueva aparición	Pág. 20
24. Intervenciones, infiltraciones y tratamientos de carácter puramente estético o cosmético	Pág. 20
25. Servicios relacionados con patologías no cubiertas	Pág. 20
26. Medicinas alternativas	Pág. 20



Forma de prestar los servicios

1. A través del cuadro médico	Pág. 21
2. En medios no concertados con el Asegurador	Pág. 22



Otros aspectos de su seguro

1. Bases, pérdida de derechos, rescisión e indisputabilidad del contrato	Pág. 23
2. Duración de su seguro	Pág. 24
3. Primas del seguro	Pág. 24
4. Derechos y deberes	Pág. 25
Obligaciones y deberes del tomador del seguro y/o asegurado	Pág. 25
Derechos del tomador del seguro y/o asegurado	Pág. 27
Obligaciones del Asegurador	Pág. 27
5. Reclamaciones	Pág. 27
6. Otros aspectos legales a tener en cuenta	Pág. 28

Cobertura



Cobertura

¿Qué cubre su seguro?

1. Medicina primaria

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

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

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

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

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

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

señalada en el apartado 1.1. relativo a la medicina general.

2. Urgencias

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

3. Especialidades médicas, quirúrgicas y pruebas diagnósticas

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

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

3.2. Análisis clínicos

3.3. Anatomía patológica

3.4. Anestesiología y reanimación

3.5. Angiología y cirugía vascular.

3.6. Aparato digestivo: incluye un programa de prevención del cáncer colorrectal para personas mayores de 40 años, que comprende consulta médica, exploración física, test específico y colonoscopia en caso necesario. En personas menores de 40 años, será necesaria la previa prescripción escrita de un médico de la Entidad Aseguradora.

3.7. Cardiología: incluye un programa de prevención del riesgo coronario en personas mayores de 40 años, que comprende consulta

cardiológica, electrocardiogramas y la realización de la analítica y pruebas complementarias pertinentes. En personas menores de 40 años, será necesaria la previa prescripción escrita de un médico de la Entidad Aseguradora.

3.8. Cirugía cardiovascular.

3.9. Cirugía general y del aparato digestivo: incluye la vía laparoscópica en aquellas intervenciones del aparato digestivo en las que se ha demostrado su eficacia exclusivamente realizadas por los profesionales especialmente acreditados por la Entidad para éstas.

3.10. Cirugía oral y maxilofacial.

3.11. Cirugía pediátrica.

3.12. Cirugía plástica y reparadora

3.13. Cirugía torácica

3.14. Dermatología

3.15. Diagnóstico por imagen: cubre las técnicas habituales como radiología general, ecografía, tomografía axial computerizada (T.A.C.), resonancia magnética, angiografía, arteriografía digital y gammagrafía, la densitometría ósea, mamografía y servicios de radiología intervencionista o invasiva. El PET y PET/TAC exclusivamente para las siguientes patologías:

- 1. Tumores de cabeza y cuello: cáncer de tiroides y esófago.**
- 2. Cáncer de pulmón microcítico y no microcítico.**
- 3. Tumores de abdomen y pelvis: carcinoma colorrectal recurrente o primario, cáncer de páncreas, ovario, útero y vejiga.**
- 4. Linfomas.**
- 5. Melanomas.**

- 6. Tumores cerebrales.
- 7. Nódulo pulmonar solitario.
- 8. Estadificación precisa de linfomas y cáncer de pulmón.
- 9. Cáncer de mama recurrente.
- 10. Tumores primarios y desconocidos con presencia de metástasis y pruebas de diagnóstico funcionales negativas.
- 11. Epilepsia rebelde al tratamiento farmacológico

Coronariografía por TAC: en 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. Se excluyen la valoración de estenosis tras implantación de stent coronario y el score cálico.

3.16. Endocrinología

3.17. Geriátría: queda excluido cualquier internamiento o asistencia derivados de problemas de tipo social.

3.18. Ginecología: incluye la planificación familiar por anovulatorios (consulta, tratamiento y revisión), la implantación de D.I.U. (siendo por cuenta del Asegurado el coste del dispositivo) así como el tratamiento de sus posibles complicaciones, la ligadura de trompas y la medicina preventiva, con exámenes periódicos encaminados al diagnóstico precoz de neoplasias de mama y de cuello uterino. Incluye el estudio y diagnóstico de la infertilidad y la esterilidad, así como las intervenciones ginecológicas por vía laparoscópica. También incluye el drenaje linfático postmastectomía de origen neoplásico.

3.19. Hematología y hemoterapia

3.20. Medicina interna

3.21. Medicina nuclear / Isótopos radioactivos

3.22. Nefrología

3.23. Neonatología

3.24. Neumología

3.25. Neurocirugía

3.26. Neurología

3.27. Obstetricia

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

3.29. Oftalmología: incluye la fotocoagulación con láser, y el trasplante de córnea. (La córnea a trasplantar será de cuenta del Asegurado). Se incluyen los procedimientos de optometría, siempre y cuando vayan acompañados de la prescripción de un oftalmólogo de la Entidad.

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

3.31. Otorrinolaringología Se incluye la cirugía mediante láser CO2.

3.32. Proctología

3.33. Psiquiatría.

3.34. Reumatología

3.35. Radiodiagnóstico: Previa prescripción de un facultativo de la Entidad cubre las técnicas habituales de diagnóstico por imagen con radiología general, ecografía, tomografía axial computarizada (T.A.C.), resonancia magnética, angiografía, arteriografía digital y gammagrafía, así como la densitometría ósea y mamografía. Los medios de contraste serán por cuenta del Asegurador.

3.36. Radiología intervencionista o invasiva: Previa prescripción escrita de un facultativo de la Entidad y tras la autorización de la misma.

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

3.38. Urología: incluye la vasectomía, así como el estudio y diagnóstico de la infertilidad y esterilidad.

3.39. Médicos y cirujanos consultores: serán designados por la Dirección de la Aseguradora para casos especiales y a petición razonada de un médico especialista de la misma.

4. Métodos terapéuticos

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

4.1. Aerosolterapia y ventiloterapia:

en todos los casos los medicamentos serán por cuenta del Asegurado.

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

4.3. Litotricia del aparato urinario

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

4.5. Oxigenoterapia: tanto en supuestos de ingreso en institución hospitalaria como a domicilio. Incluye la oxigenoterapia ambulante **exclusivamente para aquellos pacientes crónicos que requieran tratamiento con oxígeno durante al menos 16 horas al día.**

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

4.7. Radioterapia: incluye el tratamiento con

acelerador lineal y la radioneurocirugía en las indicaciones en las que esta técnica esté expresamente indicada y su eficacia comparativa con procedimientos alternativos esté plenamente justificada.

4.8. Rehabilitación: se prestará, con carácter ambulatorio, exclusivamente para las afecciones del aparato locomotor, en los centros designados por la Entidad. En régimen hospitalario, queda cubierta la rehabilitación postquirúrgica para recuperación del aparato locomotor secundaria a una cirugía ortopédica y la rehabilitación cardíaca para recuperación postcirugías con circulación extracorpórea. **Queda excluida la rehabilitación neurológica.**

4.9. Tratamiento del dolor: quedan incluidos exclusivamente los reservorios implantables (tipo port-a-cath), y expresamente excluidas las bombas implantables para infusión de medicamentos y los electrodos de estimulación medular. No se incluyen programas similares fuera del cuadro médico del Asegurador y en el segundo país europeo de cobertura que figura en las Condiciones Particulares.

5. Otros servicios

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

5.2. Podología (quiropodia): limitado a cinco sesiones anuales.

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

5.4. Prótesis: comprende exclusivamente previa prescripción escrita de un médico especialista de la entidad y realizado por los servicios que el Asegurador designe, las siguientes prótesis internas de traumatología y cirugía ortopédica: prótesis articulares, tornillos y placas de fijación interna. Comprende asimismo las siguientes prótesis vasculares y cardíacas: válvulas cardíacas, by-pass vasculares, stent, marcapasos temporales y definitivos, prótesis mamarias post mastectomía de origen neoplásico y lente intraocular mofocal (LIO) para cirugía de catarata. **Queda excluido cualquier tipo de material ortopédico, los fijadores externos, materiales biológicos o sintéticos, injertos (excepto los injertos óseos) desfibrilador automático implantable y el corazón artificial.**

6. Hospitalización

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

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

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

6.3. Hospitalización psiquiátrica: se realizarán los internamientos previa prescripción escrita de un especialista del Asegurador, en centros psiquiátricos designados por el mismo, en habitación individual si la patología lo requiere, sin cama de acompañante. Comprenderá los gastos de estancia, la medicación y los tratamientos médicos propios. Sólo se facilitará para los tratamientos de los brotes agudos que no sean de enfermos crónicos, quedando la estancia limitada a un periodo máximo de cincuenta (50) días por y año.

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

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

6.6. Hospitalización obstétrica (parto

normal en sanatorio): atendido por tocólogo, auxiliado por matrona, e incluyendo los gastos de paritorio.

7. Segunda opinión

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

8. SANITAS 24 HORAS

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

9. Psicología

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

salvedad de que los formularios serán por cuenta del asegurado.

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

10. Asistencia en Estados Unidos

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

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

Límite total en Estados Unidos: 30.000€

· Asistencia hospitalaria hasta 24.000€ con el sublímite parto hasta 1.500€

· Asistencia extrahospitalaria, hasta 6.000€

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

11. Plazos de carencia

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

- 180 días para la ligadura de trompas y la vasectomía
- 240 días para hospitalización e intervenciones quirúrgicas no ambulatorias, incluida la asistencia al parto
- 180 días para el tratamiento de psicología
- 36 meses para la cirugía bariátrica en obesidad mórbida

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

¿Qué no cubre su seguro?

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

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

2. La asistencia sanitaria por enfermedades o lesiones producidas como consecuencia de guerras civiles, internacionales o coloniales, invasiones, insurrecciones, rebeliones, actos de carácter terrorista en cualquiera de sus

formas (química, biológica, nuclear, etc.), revoluciones, motines, alzamientos, represiones y maniobras militares, aún en tiempo de paz, y epidemias declaradas oficialmente.

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

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

5. La asistencia sanitaria derivada de alcoholismo crónico, drogadicción, intoxicaciones debidas al abuso del alcohol, de psicofármacos, estupefacientes o alucinógenos, intento de suicidio y autolesiones, así como la asistencia sanitaria por enfermedades o accidentes sufridos por dolo del Asegurado.

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

7. Quedan expresamente excluidos todos aquellos procedimientos diagnósticos y terapéuticos cuya seguridad y eficacia clínicas no estén debidamente contrastadas

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

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

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

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

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

12. Están excluidos los tratamientos capilares con finalidad estética.

13. La hospitalización por problemas de tipo social.

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

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

16. Las endodoncias, obturaciones, colocación de prótesis dentales, ortodoncias, periodoncias e implantes, así como otros tratamientos odontológicos distintos a los contemplados en la descripción de los servicios (el apartado ¿Qué cubre su seguro? de las presentes condiciones especiales).

17. Las prótesis de cualquier clase o naturaleza, salvo las prótesis relacionadas en la descripción de los servicios del apartado ¿Qué cubre su seguro?. Queda excluido cualquier tipo de material ortopédico, materiales biológicos o sintéticos, injertos (excepto los injertos óseos de materiales biológicos) y el corazón artificial, que serán de cuenta del Asegurado.

18. Tratamientos crónicos de diálisis y hemodiálisis.

19. Los gastos por viaje y desplazamientos salvo la ambulancia en los términos contemplados en la descripción de los servicios del apartado ¿Qué cubre su seguro?

20. La cirugía refractiva de cualquier tipo para miopía, hipermetropía y astigmatismo. Las técnicas quirúrgicas o procedimientos terapéuticos que usan el láser, salvo la cirugía oftálmica intraocular, las técnicas que usan el láser quirúrgico en hemorroides, cirugía vascular periférica, el láser CO2 en

Otorrinolaringología y los dispositivos empleados en rehabilitación músculo-esquelética.

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

22. Cirugía de cambio de sexo.

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

24. Quedan expresamente excluidas las intervenciones, infiltraciones y tratamientos así como cualquier otra intervención que tenga un carácter puramente estético o cosmético. Igualmente quedan

expresamente excluidas, cualquier tipo de patologías o complicaciones que pudieran manifestarse en un momento posterior y que estén directa y principalmente causadas por haberse sometido el asegurado a una intervención, infiltración o tratamiento de los anteriormente señalados de naturaleza puramente estética o cosmética.

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

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

Forma de prestar los servicios

Por el presente contrato, el Asegurador asume, en los términos y con los límites que se expresan en las presentes Condiciones Generales, en las Particulares y, en su caso, en las Especiales y Suplementos de Póliza que se emitan, la asistencia médica y quirúrgica a nivel nacional, según la práctica usual, tanto en régimen ambulatorio como hospitalario de las enfermedades o lesiones comprendidas en la descripción de los servicios de la Póliza.

Según dispone el artículo 103 de la Ley de Contrato de Seguro, el Asegurador asume la necesaria asistencia de carácter urgente de acuerdo con lo previsto en las Condiciones de la Póliza.

1. A través del cuadro médico

La asistencia, de conformidad con lo previsto en las disposiciones reglamentarias aplicables, se prestará en todas las poblaciones donde el **Asegurador tenga representación debidamente autorizada o cuente con cuadros médicos concertados**. Cuando en cualquiera de las poblaciones donde radique dicha representación o cuadros médicos concertados no exista alguno de los servicios comprendidos en el contrato, serán facilitados en la provincia donde los mismos puedan realizarse, a elección del Asegurado. Los Asegurados podrán **acudir libremente a las consultas de los facultativos especialistas que forman parte del cuadro médico de la Entidad**. Además, el Asegurador podrá asignar al Asegurado el médico general, o de familia y, en su caso, pediatra o puericultor, de entre los que figuran en el Cuadro Médico de la Entidad, a fin de adscribirle a sus servicios como médico de cabecera. **El Asegurado puede cambiar de médico de cabecera con la simple comunicación al Asegurador, sin que deba aducir motivo alguno.**

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 del Asegurador para intervenciones quirúrgicas, hospitalizaciones, médicos consultores y determinados métodos terapéuticos y pruebas diagnósticas, previa prescripción escrita de los facultativos de la Entidad. El Asegurador otorgará esta autorización, salvo que entendiéndose que se trata de una prestación no cubierta por la Póliza. Dicha autorización vinculará económicamente al Asegurador.

No obstante lo establecido en el párrafo anterior, en los casos de urgencia vital será suficiente, a estos efectos, la orden del médico del Asegurador, debiendo el Asegurado notificar el hecho a la Entidad 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, el Asegurador quedará vinculado económicamente hasta el momento en que manifieste sus reparos a la orden del médico, en el caso de entender que la póliza no cubre el acto médico o la hospitalización.

El Asegurador 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 el Asegurador no

tuviese oficina propia pero sí cuadro concertado, el Asegurado deberá presentar su tarjeta Sanitas para solicitar los servicios en las Oficinas de las Entidades concertadas con el Asegurador, aceptando los trámites administrativos de dichas entidades.

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

2. En medios no concertados con el Asegurador

El Asegurador no se hace responsable de los honorarios de facultativos ajenos a su cuadro médico, ni de los gastos de internamiento y de servicios que dichos facultativos ajenos pudieran ordenar. Asimismo, el Asegurador no se hace responsable de los gastos de internamiento ni de los servicios originados en centros privados o públicos no concertados con el Asegurador, cualquiera que sea el facultativo prescriptor o realizador de los mismos, salvo en lo previsto en el último párrafo del título anterior. A través del cuadro médico.

En los casos de urgencia, cuyo concepto se define en la presente Póliza, el Asegurador se hará responsable de los gastos médico asistenciales ocasionados en centros privados, debiendo el Asegurado comunicarlo a través de cualquier medio, en el plazo de las 72 horas siguientes a la prestación de dicha asistencia, con el fin de trasladar al mismo a uno de los centros concertados con el Asegurador, siempre que su situación clínica lo permita. Asimismo, deberá efectuar descripción por escrito del siniestro dentro del plazo máximo de 7 días, de acuerdo con el artículo 16 de la Ley de Contrato de Seguro.

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. 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.

Otros aspectos de su seguro

BASES, PÉRDIDA DE DERECHOS, RESCISIÓN E INDISPUTABILIDAD DEL CONTRATO

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

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

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

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

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

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

3. El Tomador podrá rescindir el contrato

cuando se varíe el cuadro facultativo, siempre que afecte al médico de cabecera, o al tocólogo, o al puericultor de zona, o al 50% de los especialistas que integren el cuadro médico del Asegurador, quien tendrá a disposición del Asegurado en todo momento en sus oficinas la relación completa y actualizada de dichos especialistas, para su consulta.

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

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

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

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

6. Derecho de rescisión: cuando el contrato de seguro se celebre utilizando una técnica de contratación a distancia, el Tomador podrá resolverlo unilateralmente, sin penalización, si no ha acaecido el siniestro

objeto de cobertura, en los 14 días siguientes a la firma de la póliza o a la recepción por el Tomador de las condiciones contractuales y la información previa obligatoria, si esta recepción es posterior a la firma de la póliza.

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

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

DURACIÓN DEL SEGURO

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

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

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

a) **Por fallecimiento**

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

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

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

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

PRIMAS DEL SEGURO

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

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

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

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

5. 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, el sexo 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.

6. El Tomador del Seguro, recibida, en su caso, la comunicación del Asegurador relativa a la variación de la cuantía de las primas para la siguiente anualidad, podrá optar entre la prórroga del contrato de seguro y la extinción del mismo al vencimiento del periodo del seguro en curso. En este último caso, el Tomador del Seguro deberá notificar por escrito al Asegurador su voluntad de dar por finalizada a su término la relación contractual. El pago del primer recibo correspondiente a la prima del periodo de prórroga en curso supondrá la aceptación del conjunto de las nuevas condiciones del contrato de seguro.

7. El pago del importe de la prima efectuado por el Asegurado al agente de seguros vinculado o corredor de seguros no se entenderá realizado al Asegurador, salvo que, a cambio, el agente entregue al asegurado el recibo de la prima de dicho Asegurador.

DERECHOS Y DEBERES

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

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

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

El Asegurador podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al Tomador del

Seguro en el plazo de un mes, a contar del conocimiento de la reserva o inexactitud del Tomador del Seguro o Asegurado.

Corresponderán al Asegurador, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, primas relativas al periodo en curso en el momento que haga esta declaración.

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

b) Comunicar al Asegurador, durante el curso del contrato y tan pronto como le sea posible, todas las circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por este en el momento de la perfección del contrato, no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas.

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

El Asegurador igualmente podrá rescindir el contrato comunicándolo por escrito al Asegurado dentro de un mes, a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo. En el caso de que el Tomador del

Seguro o Asegurado no haya efectuado su declaración y sobreviniera un siniestro, el Asegurador queda liberado de su prestación si el Tomador o el Asegurado ha actuado con mala fe. En otro caso, la prestación del Asegurador se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se habría aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

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

d) Aminorar las consecuencias del siniestro empleando los medios a su alcance para el pronto restablecimiento. El incumplimiento de este deber con la manifiesta intención de perjudicar o engañar al Asegurador, liberará a este de toda prestación derivada del siniestro.

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

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

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

g) 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. En todo caso, Sanitas cubrirá la asistencia sanitaria al recién nacido siempre y cuando esté dado de alta como asegurado en la Aseguradora.

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

2. Derechos del tomador del seguro y/o asegurado

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

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

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

3. Obligaciones del asegurador

a) Además de hacer efectivas las garantías aseguradas, el Asegurador deberá entregar al Tomador del Seguro la Póliza o, en su caso, el documento de cobertura provisional o el que proceda según lo dispuesto en el artículo 5 de la Ley de Contrato de Seguro, así como un ejemplar del cuestionario y demás documentos que haya suscrito el Tomador del Seguro.

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

RECLAMACIONES

1. Libro de reclamaciones

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

2. Prescripción

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

3. Control e instancias de reclamación

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

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

1. Al Departamento de Atención al Cliente del Asegurador, mediante escrito dirigido a la calle Ribera del Loira n° 52 (28042 Madrid) o al fax 91 585 24 68 o a la dirección de correo electrónico clientes@sanitas.es, quien acusará recibo por escrito y resolverá igualmente mediante escrito motivado en el plazo máximo legal de dos meses desde la fecha de presentación de la reclamación.

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

a) Cuando se trate de reclamaciones cuya cuantía no exceda de 21.000 euros y afecten a la interpretación de las Condiciones

Generales y Particulares de la póliza. No podrán someterse al Defensor del Asegurado las reclamaciones que versen sobre la actuación personal o profesional de los médicos, hospitales y servicios médicos en general que presten atención médica a los asegurados.

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

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

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

OTROS ASPECTOS LEGALES A TENER EN CUENTA

1. Subrogación

El Asegurado debe facilitar la Subrogación al Asegurador, quien podrá ejercitar los

derechos y las acciones que por razón del siniestro correspondieran al Asegurado frente a las personas responsables del mismo.

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

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

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

2. Duplicado de la póliza

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

La petición se hará por escrito en el que se expliquen las circunstancias del caso, se aporten las pruebas de haberlo notificado a quienes resulten titulares de algún derecho en virtud de la Póliza y el solicitante se comprometa a devolver la Póliza original si apareciese y a indemnizar al Asegurador de los perjuicios que le irroge la reclamación de un tercero.

3. Comunicaciones

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

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

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

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

OTROS

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

El Tomador del Seguro y/o el Asegurado podrá solicitar al Asegurador copia o

transcripción escrita del contenido de las conversaciones grabadas entre ambos.

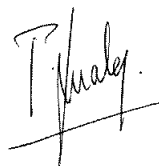
JURISDICCIÓN

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

Hecho en Madrid a 30 de Diciembre de 2008

Por el Asegurado/Tomador del Seguro

Por el Asegurador

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'T. J. J. J.', with a horizontal line drawn underneath it.