

Índice

Páginas

SUS CONDICIONES GENERALES

- **Glosario de términos** 9
- **Claúsula preliminar** 15
- **Claúsula I: Objeto del seguro** 17
- **Claúsula II: Prestación de Asistencia Sanitaria por Cuadro Médico** 17

A. Modalidad de cuadro médico

1. ASISTENCIA PRIMARIA 17

- 1.1. Medicina familiar 17
- 1.2. Pediatría y puericultura 17
 - 1.2.1. Neonatología, Asistencia al recién nacido 17
 - 1.2.2. Programa de salud materno infantil 17
- 1.3. Servicio de enfermería. 17

2. URGENCIAS 17

3. ESPECIALIDADES MÉDICAS 17

- 3.1. Alergología 17
- 3.2. Análisis clínicos 17
 - 3.2.1. Estudios genéticos 18
- 3.3. Anatomía patológica 18
- 3.4. Anestesiología y reanimación 18
- 3.5. Angiología y Cirugía Vasular 18



	18
3.6. Aparato Digestivo	18
3.7. Cardiología	18
3.8. Cirugía cardiovascular	18
3.9. Cirugía general y del Aparato Digestivo	18
3.10. Cirugía Oral y Maxilofacial	18
3.11. Cirugía Ortopédica y Traumatológica	18
3.12. Cirugía Pediátrica	18
3.13. Cirugía Plástica y Reparadora	18
3.14. Cirugía Torácica	18
3.15. Dermatología	18
3.16. Endocrinología y Nutrición	18
3.17. Geriatria	18
3.18. Hematología y Hemoterapia	18
3.19. Medicina Interna	18
3.20. Medicina Nuclear/isótopos radioactivos	18
PET y PET/TC	18
3.21. Nefrología	19
3.22. Neumología	19
3.23. Neurocirugía	19
3.24. Neurofisiología Clínica	19
3.25. Neurología	19
3.26. Obstetricia y Ginecología	19
3.27. Oftalmología	19
3.28. Oncología Médica	20
3.29. Oncología Radioterápica	20
3.30. Otorrinolaringología	20

3.31. Psiquiatría	20
3.32.Reumatología	20
3.33.Rehabilitación	20
3.34.Radiodiagnóstico-Diagnóstico por Imagen	20
3.35.Urología	20
4. OTROS SERVICIOS ASISTENCIALES	21
4.1. Ambulancia	21
4.2. Atención especial en domicilio	21
4.3. Enfermería Obstétrico-ginecológica (Matronas)	21
4.4. Fisioterapia	21
4.5. Logofoniatría	22
4.6. Psicología	22
4.7. Médicos y cirujanos consultores	22
4.8. Odontoestomatología	22
4.9. Podología (exclusivamente quiropodia)	22
4.10.Preparación al Parto	22
4.11. Prótesis	22
4.12.Terapias respiratorias domiciliarias	23
4.13.Tratamiento del dolor	23
4.14.Planes activos de salud	23
5. HOSPITALIZACIÓN	23
6. SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA	23
7. ASISTENCIA EN ESTADOS UNIDOS	24
8. SANITAS 24 HORAS	24
9. PLAZOS DE CARENIA	24
• Cláusula III: Reembolso de Gastos Sanitarios	24
B. Modalidad de Reembolso	

GARANTÍAS	25
Garantía de Asistencia Hospitalaria	25
Garantía de Asistencia Extrahospitalaria	25
Garantía de Prótesis	25
Garantía de Psiquiatría	25
Garantía de Recién Nacidos	26
Garantía de Rehabilitación y Fisioterapia	26
Garantía de Odontología	26
Plazos de Carencia para la modalidad de reembolso	26
Franquicias	26
• Cobertura dental	
1. Condiciones especiales de la garantía de asistencia Sanitaria Dental	28
2. Servicios con franquicia a cargo del Asegurado	28
¿Qué no cubre su seguro?	32
• Cláusula IV: Otros aspectos de su seguro	34
1. BASES, PÉRDIDA DE DERECHOS E INDISPUTABILIDAD DEL CONTRATO	34
2. DURACIÓN DEL SEGURO	35
3. SINIESTROS, REEMBOLSOS Y CONTROVERSIAS	35
4. CONTROVERSIAS	38
5. PRIMAS DEL SEGURO	39
6. DERECHOS Y DEBERES	40
7. RECLAMACIONES	42
8. OTROS ASPECTOS LEGALES A TENER EN CUENTA	43
9. OTROS	43
10. JURISDICCIÓN	44

SERVICIOS DE SALUD

- Servicios orientados a la maternidad 48
- Otros servicios complementarios de salud 50
- Programas especializados 51
- Estética y bienestar 54

MAS SERVICIOS PARA CUIDARTE

- ¿Qué ventajas tengo por ser cliente de SANITAS MAS 90 SIN COPAGO? 61

SI NECESITA CONTACTAR CON NOSOTROS

- Datos de contacto 65

SUS TELÉFONOS Y DIRECCIONES DE INTERÉS

- Agenda personal 66

**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 Mas 90 Sin Copago 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 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.

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

Diplomado en Enfermería, legalmente capacitado y autorizado para prestar la atención de enfermería en enfermería 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 hospitales los hoteles, casas de reposo, balnearios, instalaciones dedicadas principalmente al tratamiento de enfermedades crónicas e instituciones similares.

HOSPITALIZACIÓN

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

HOSPITALIZACIÓN DE DÍA

Supone la utilización por una persona registrada como paciente de los recursos asistenciales necesarios en aquellas unidades del hospital así denominadas específicamente, para recibir un tratamiento concreto o para estancias inferiores a 24 horas tras intervención quirúrgica.

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.

PATOLOGÍA 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 suplementos de las mismas), la totalidad o parte de los gastos razonables y usuales, derivados de la asistencia sanitaria realmente prestada al Asegurado, consecuencia de una enfermedad o accidentes cubiertos por la presente póliza a través de las siguientes **GARANTÍAS:**

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 cobertura 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 e indicados en la Guía Orientadora de Médicos y Servicios correspondiente a este producto.

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? 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 y reanimación

3.5. Angiología y Cirugía Vascolar

3.6. Aparato Digestivo: comprende la prevención del cáncer colorrectal, consulta médica, exploración física, test específico y colonoscopia en caso necesario, **previa prescripción escrita de un médico concertado con la Entidad Aseguradora.**

3.7. Cardiología: comprende la prevención del riesgo coronario, **será necesaria la previa prescripción escrita de un médico concertado con la Entidad Aseguradora.**

3.8. Cirugía cardiovascular

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

3.10. Cirugía Oral y Maxilofacial: están **excluidos los tratamientos propios de la especialidad de Odontología, así como tratamientos estéticos y/o que tengan**

finalidad funcional del área bucodental del paciente, entre ellos las cirugías ortognáticas, preimplantológicas y protésicas.

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: se excluye cualquier tipo de tratamiento estético.

3.14. Cirugía Torácica

3.15. Dermatología

3.16. Endocrinología y Nutrición

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

3.18. Hematología y Hemoterapia: comprende trasplantes autólogos tanto de médula ósea como de células progenitoras de sangre periférica, **exclusivamente para tratamientos de tumores de estirpe hematológica**

3.19. Medicina Interna

3.20. Medicina Nuclear /isótopos radioactivos:

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

El PET y PET/ TC son objeto de cobertura exclusivamente para las indicaciones autorizadas por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios con el

fármaco fludesoxiglucosa. Dichas indicaciones son concretamente las siguientes:

A/ Oncología Diagnóstico:

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

B/ Estadificación:

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

C/ Monitorización de la respuesta al tratamiento:

- Linfoma maligno.
- Tumores de cabeza y cuello.

D/ Detección en caso de sospecha razonable de recidiva:

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

E/ Neurología:

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

3.21. Nefrología: comprende las técnicas de diálisis en procesos agudos **quedando 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. **Exclusivamente realizadas por los profesionales y en los hospitales especialmente acreditados por la Entidad Aseguradora para éstas.**

3.24. Neurofisiología Clínica

3.25. Neurología

3.26. Obstetricia y Ginecología: comprende la prevención de neoplasias de mama y de cuello uterino y el estudio y diagnóstico básico de la infertilidad y la esterilidad.

Quedan expresamente excluidas todas las pruebas genéticas 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.

Comprende las intervenciones ginecológicas por vía laparoscópica en aquellas intervenciones en las que se ha demostrado y consolidado su eficacia. **Exclusivamente realizadas por los profesionales específicamente concertados por la Entidad Aseguradora para cada una de estas técnicas.**

Quedan excluidas las intervenciones quirúrgicas sobre el no nacido.

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

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.**

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

3.30.Otorrinolaringología: comprende la cirugía mediante láser CO2.

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

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

También comprende 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.

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 así como el estudio y diagnóstico de la infertilidad y esterilidad. **Quedando excluidas las técnicas quirúrgicas que usen equipos de robótica.**

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

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.**
- **En oftalmología, la cirugía refractiva de cualquier tipo.**

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 reside 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 del mismo, salvo los casos urgentes, en que no será necesario dicho volante.

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

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 apartado locomotor siempre que no se trate de un proceso crónico o degenerativo. Se prestará siempre en los centros designados por la Entidad Aseguradora. En régimen de ingreso hospitalario se prestará sólo y exclusivamente para la recuperación del aparato locomotor secundaria a una cirugía ortopédica y la recuperación cardiaca tras la cirugía con circulación extracorpórea. También comprende

el drenaje linfático postmastectomía de origen neoplásico.

Queda excluida la rehabilitación neurológica.

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

4.6. Psicología: comprende la atención psicológica de carácter Individual prescrita por Psiquiatras., Médicos Asesores de Salud Familiar, Oncólogos Médicos O Pediatras del cuadro médico de 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 el cuadro Médico de Sanitas Más 90 y a petición razonada de un médico especialista de la misma.

4.8. Odontostomatología: comprende únicamente extracciones, curas estomatológicas derivadas de éstas y limpiezas de boca prescritas por un odontólogo concertado con la Entidad Aseguradora.

Quedan excluidos los tratamientos, empastes y obturaciones, prótesis dentales, ortodoncias, periodoncias e implantes, así como otros tratamientos odontológicos distintos a los anteriormente relacionados como incluidos.

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

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

4.11. 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, rodilla, y de otras articulaciones; material necesario para la fijación de columna; disco intervertebral; material de interposición intervertebral (o interespinosas); material necesario para vertebroplastia-cifoplastia; material osteo-ligamentoso biológico obtenido de bancos de tejidos nacionales; material de osteosíntesis.

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, válvulas cardíacas con exclusión de los conductos valvulados y cualquier otra de implantación por vía percutánea;** 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; 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.

4.12. 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.

4.13. 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.**

4.14. Planes Activos de Salud

5. HOSPITALIZACIÓN

Cualquier tipo de hospitalización (médica, pediátrica, psiquiátrica, en U.V.I., quirúrgica, obstétrica) 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.

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. 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.

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. PLAZOS DE CARENCIA

Todas las prestaciones que en virtud de esta Póliza asuma la Entidad Aseguradora, en la modalidad de cuadro médico, serán facilitadas desde el momento de entrar en vigor el contrato. **No obstante, se exceptúan del anterior principio general la asistencia médica, quirúrgica y/u hospitalaria en los supuestos que a continuación se detallan, respecto de los cuales será necesario que hayan transcurrido**

los respectivos plazos de Carencia que se especifican Seguidamente:

- Hospitalización e intervenciones quirúrgicas no ambulatorias, incluida la asistencia al parto: 240 días
- Ligadura de trompas y vasectomía: 180 días
- Psicología: 180 días
- Cirugía bariátrica en obesidad mórbida: 36 meses
- Planes Activos de Salud: 120 días

Los plazos de carencia anteriormente Citados no serán exigibles en el caso de Accidentes cubiertos por la póliza, o de Enfermedades con carácter de urgencias Vitales, sobrevenidas y diagnosticadas Después de la fecha de efecto de la póliza, Así como en los casos de partos Prematuros.

Cláusula III: Modalidad de Reembolso Gastos Sanitarios

Por el presente contrato, la Entidad Aseguradora asume, en los términos establecidos en la presente póliza, el reembolso de una parte de los gastos, razonables y usuales, realmente incurridos por el Asegurado derivados de la asistencia médico-quirúrgica y/u hospitalaria que le sea prestada a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto por la presente Póliza, en los mismos términos y límites de cobertura que se expresan en las presentes Condiciones Generales respecto a la modalidad de cuadro médico, con las salvedades que se indican a continuación.

Para esta modalidad de reembolso de gastos, los capitales asegurados serán los específicamente establecidos en las condiciones particulares de esta póliza y los periodos de carencia serán los establecidos más adelante en el presente apartado.

GARANTÍAS:

Garantía de Asistencia Hospitalaria:

Comprende el reembolso parcial por parte de la Entidad Aseguradora de los gastos correspondientes exclusivamente a la asistencia médica y/o quirúrgica prestada al Asegurado como consecuencia del internamiento del mismo como paciente en un hospital, siempre que dicho internamiento haya sido prescrito por un médico.

Quedan incluidos dentro de esta garantía los gastos originados por intervenciones quirúrgicas, siempre que éstas sean prescritas y realizadas por un médico (honorarios de cirujanos y sus ayudantes, anestesta, utilización de quirófano, material y medicamentos), estancias en U.V.I. o U.C.I., así como los gastos de hospitalización que incluyan manutención y habitación convencional con cama de acompañante.

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

Garantía de Asistencia Extrahospitalaria:

Comprende el reembolso parcial por parte de la Entidad Aseguradora de los gastos correspondientes a consultas médicas y servicios de urgencia a domicilio. Igualmente comprende el reembolso parcial por parte de la Entidad Aseguradora de los gastos correspondientes a pruebas diagnósticas, métodos terapéuticos y cirugía de día o ambulatoria que le sean practicados al Asegurado por prescripción de un médico. Comprende, asimismo, el reembolso parcial por parte de la Entidad Aseguradora de los gastos originados por consultas odontológicas y extracciones, curas estomatológicas derivadas

de estas extracciones y limpieza de boca, realizadas por un odontólogo.

Comprende el reembolso parcial de los gastos correspondientes al servicio de ambulancia por vía terrestre, para el traslado del Asegurado a un hospital o desde éste a su domicilio por prescripción de un médico. El servicio se prestará en conformidad con los límites económicos establecidos en las Condiciones Particulares de esta póliza. Esta prestación no incluye los traslados requeridos para tratamientos de Rehabilitación, realización de pruebas diagnósticas ni asistencia a consultas médicas en régimen ambulatorio.

Comprende también la atención especial en domicilio prescrita por un médico. No comprende la asistencia de tipo social.

Asimismo, comprende el servicio de podología (exclusivamente quiropodia) con el límite máximo de sesiones fijado en las Condiciones Particulares de esta Póliza.

Comprende la atención psicológica en las condiciones establecidas en el apartado relativo a la modalidad de cuadro médico, prestada exclusivamente a través de profesionales concertados por la Entidad Aseguradora.

Garantía de Prótesis:

Comprende exclusivamente el reembolso parcial hasta el límite del capital asegurado establecido en las condiciones particulares para la modalidad de reembolso, de las prótesis y material implantable en los mismos términos y límites de cobertura que los indicados en el punto de prótesis para la modalidad de cuadro médico concertado.

Garantía de Psiquiatría:

Comprende el reembolso parcial por parte de la Entidad Aseguradora de los gastos correspondientes a la asistencia médica y/u hospitalaria de las enfermedades mentales bajo prescripción facultativa. Solo se reembolsarán, hasta el límite económico especificado en las condiciones particulares, los gastos

correspondientes a ingresos psiquiátricos para tratamientos de brotes agudos.

Garantía de Recién Nacidos:

Comprende el reembolso parcial por parte de la Entidad Aseguradora de los gastos correspondientes a la asistencia médica y/u hospitalaria que precise el recién nacido desde el momento de su nacimiento, siempre y cuando haya sido dado de alta en la Entidad Aseguradora.

Si los gastos citados en el párrafo anterior fueran como consecuencia de enfermedades de carácter congénito, el reembolso se otorgará únicamente durante el primer año de vida del recién nacido y con el límite máximo económico fijado en las Condiciones Particulares de esta Póliza. Además, para tener derecho a esta garantía es necesario que el alta de la madre en la Póliza haya tomado efecto con al menos 300 días de antelación al parto, así como que el recién nacido haya sido dado de alta en la Entidad Aseguradora.

Garantía de Rehabilitación y Fisioterapia:

Comprende, el reembolso parcial por parte de la Entidad Aseguradora de los gastos correspondientes exclusivamente, a la rehabilitación de **origen traumatológico**, prestada para las afecciones del aparato locomotor, con carácter ambulatorio prescrita por un médico especialista. En régimen hospitalario, queda cubierta la rehabilitación postquirúrgica, exclusivamente para recuperación del aparato locomotor secundaria a una Cirugía Ortopédica y la rehabilitación cardíaca para recuperación postcirugías con circulación extracorpórea.

Queda expresamente excluida la Rehabilitación de origen neurológico.

Garantía de Odontología:

Comprende el reembolso parcial por parte de la Entidad Aseguradora de los gastos correspondientes a los servicios odontológicos prestados exclusivamente por proveedores del cuadro médico Sanitas Dental.

Solamente serán objeto de reembolso de gastos los servicios definidos en el apartado "Franquicias Dentales" vigentes en el momento de realización y por los importes aquí establecidos.

Los gastos ocasionados por el Asegurado cuando utilice los servicios indicados en el apartado a) de la Cobertura Dental Reembolso en los centros indicados por el asegurador no serán considerados en el cómputo del límite de capital asegurado establecido en la presente póliza.

Plazos de Carencia para la modalidad de reembolso:

- Hospitalización e intervención quirúrgica no ambulatoria incluida la asistencia al parto: 240 días
- Cirugía bariátrica 36 meses
- Radioterapia, quimioterapia, cobaltoterapia, isótopos radioactivos, acelerador lineal, scanner, resonancia magnética, medicina nuclear, densitometría ósea, litotricia, arteriografía digital, radioneurocirugía e hipertermia terapéutica prostática: 150 días.
- Fisioterapia, rehabilitación, láser, logofoniatría y anatomía patológica: 90 días
- Hospitalización psiquiátrica: 240 días
- Cobertura dental: 240 días.

Los plazos de carencia anteriormente Citados no serán exigibles en el caso de Accidentes cubiertos por la póliza, o de Enfermedades con carácter de urgencias Vitales, sobrevenidas y diagnosticadas Después de la fecha de efecto de la póliza, Así como en los casos de partos Prematuros.

Franquicias

Con carácter general, la Entidad Aseguradora reembolsará únicamente el porcentaje indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza, del importe de los gastos médicos y/u hospitalarios en los que incurra realmente el Asegurado

como consecuencia de la asistencia médica y/u hospitalaria contemplada en las Garantías de Asistencia Hospitalaria, Asistencia Extrahospitalaria, Prótesis, Psiquiatría, Recién Nacidos y Rehabilitación y Fisioterapia, anteriormente descritas por los riesgos cubiertos y no excluidos, conforme a lo establecido en las presentes Condiciones Generales, siendo la diferencia porcentual restante a cargo del propio Asegurado.

No obstante, en el caso de que el Asegurado utilice los servicios asistenciales médicos y/u hospitalarios en España concertados por la Entidad Aseguradora, el Tomador del Seguro o Asegurado no tendrán que hacer efectivo el pago por dichos servicios, corriendo la totalidad de los gastos médicos y/u hospitalarios por cuenta y a cargo de la Entidad Aseguradora, quien efectuará directamente el pago por dichos servicios. Para ello, el Asegurado deberá solicitar la previa autorización del servicio por la Entidad Aseguradora, según se indica en el apartado correspondiente de la modalidad de cuadro médico y presentar su tarjeta Sanitas. Igualmente, vendrá obligado a exhibir su Documento Nacional de Identidad o Tarjeta de Residencia, si así le fuesen requeridos.

Asimismo, en el caso de que el Asegurado utilice los servicios asistenciales médicos y/u hospitalarios en Estados Unidos concertados por la Entidad Aseguradora, se aplicará lo establecido en el punto Asistencia en Estados Unidos del apartado correspondiente a la modalidad de cuadro médico.

Cobertura dental

¿Qué cubre su seguro?

a) Servicios por los que el asegurado no abonará cantidad alguna al odontólogo.

1. Odontología general y preventiva
2. Intervenciones quirúrgicas
3. Odontopediatría
4. Prótesis
5. Periodoncia
6. Ortodoncia
7. Implantología
8. Diagnóstico por imagen: Radiología / Otros
9. Urgencias
10. Otras Condiciones Especiales.

b) Servicios con precios franquiciados que se abonarán directamente al odontólogo.

11. Intervenciones Quirúrgicas
12. Odontología Conservadora
13. Endodoncia
14. Odontología Estética
15. Odontopediatría
16. Prótesis
17. Periodoncia
18. Ortodoncia
19. Implantología
20. Patología Articulación Temporomandibular

¿Qué cubre su seguro?

Sanitas Dental Mas 90 ofrece una amplia gama de servicios dentales en todas las especialidades odontológicas. Estos servicios se encuentran divididos en 2 categorías:

- a) Servicios por los que el asegurado no abonará cantidad alguna al odontólogo.
- b) Servicios con precios franquiciados que se abonarán directamente al odontólogo.

La asistencia de ambos tipos de servicios 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.

a) Servicios por los que el asegurado no abonará cantidad alguna al odontólogo.

Son objeto de cobertura los servicios y actos que se indican a continuación:

ODONTOLOGÍA GENERAL Y PREVENTIVA

- . Consulta odontología general: exploración y diagnóstico
- . Fluorizaciones tópicas
- . Limpieza de boca / tartrectomía
- . Tratamiento para la sensibilidad dental
- . Selladores de fisuras

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

Extracciones

- . Extracción simple
- . Extracción de cordales no incluidos
- . Extracción pieza incluida (también cordales incluidos)
- . Extracción restos radiculares

Cirugía menor

- . Extirpación épulis/pequeños quistes mucosos
- . Drenaje abscesos gingivales/paradontales
- . Apicectomías
- . Quiste dentario

Cirugía ortodóncica

- . Tratamiento quirúrgico-ortodóncico (fenestración)

ODONTOLOGÍA CONSERVADORA

- . Obturación provisional

ODONTOPEDIATRÍA

- . Consultas (hasta 12 años)
- . Educación bucodental
- . Radiografía intraoral (hasta 12 años)
- . Fluorizaciones tópicas

- . Sellador de fisuras
- . Extracción dientes temporales

PRÓTESIS

- . Análisis oclusal
- . Tallado selectivo
- . Cementación adhesiva

PERIODONCIA

- . Valoración periodontal
- . Serie radiográfica periodontal

ORTODONCIA

- . Consultas (hasta 12 años)
- . Extracción dientes temporales
- . Extracción simple
- . Revisiones en periodo de latencia o descanso
- . 1ª reposición brackets metálicos
- . 1ª reposición brackets cerámicos
- . 1ª reposición brackets de zafiro
- . 1ª reposición brackets autoligables
- . Caja ortodoncia

IMPLANTOLOGÍA

- . Estudio Implantológico
- . Mantenimiento implantológico (incluye revisiones, limpieza, otros)

DIAGNÓSTICO POR IMAGEN: RADIOLOGÍA /OTROS

- . Radiografía periapical / aleta / oclusal
- . Serie radiográfica periodontal
- . Radiografía lateral de cráneo
- . Ortopantomografía (panorámica)
- . Cefalometría
- . Fotografías o diapositivas
- . Tomografía axial computerizada

PATOLOGÍA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR

- . Análisis oclusal
- . Tallado selectivo

URGENCIAS

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

b) Servicios con precios franquiciados que se abonarán directamente al odontólogo.

1. 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 costo del servicio que solicita.

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

3. 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.

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

Estos servicios son:

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

- . Frenectomías (superior o inferior)
- . Vestibuloplastia (por cuadrante)
- . Regularización reborde alveolar (por cuadrante)
- . Extirpación de torus (por cuadrante)

ODONTOLOGÍA CONSERVADORA

- . Empaste / obturación
- . Reconstrucción
- . Recubrimiento pulpar directo
- . Recubrimiento pulpar indirecto

ENDODONCIA

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

ODONTOLOGÍA ESTÉTICA

- . Blanqueamiento dental con férulas (por tratamiento)
- . Blanqueamiento interno diente no vital (por sesión)
- . Blanqueamiento dental por fotoactivación

- (láser, plasma, xenón) (por diente)
- . Blanqueamiento dental por fotoactivación (láser, plasma, xenón) (una arcada por tratamiento)
- . Blanqueamiento dental por fotoactivación (láser, plasma, xenón) (ambas arcadas por tratamiento)
- . Reconstrucción frente estético de composite (por pieza)
- . Reparación intraoral de porcelana (por pieza)
- . Carilla de porcelana
- . Carilla inyectada
- . Carilla de zirconio
- . Corona inyectada
- . Corona de zirconio

ODONTOPEDIATRÍA

- . Obturación en dientes temporales
- . Pulpotomía sin reconstrucción
- . Corona preformada metálica
- . Apicoformación (tratamiento completo)
- . Mantenedor de espacio fijo
- . Mantenedor de espacio removible
- . Retirar puente / corona / mantenedor de espacio (por pieza)

PRÓTESIS

- . Montaje y estudio en articulador semiajustable

Prótesis fija

- . Retirar puente/corona/mantenedor de espacio (por pieza)
- . Incrustación metal
- . Incrustación composite
- . Incrustación porcelana
- . Corona de resina provisional
- . Corona o puente metal-porcelana
- . Corona o puente metal noble-porcelana
- . Corona o puente porcelana convencional
- . Corona o puente inyectada
- . Corona o puente de zirconio
- . Corona o puente de fibra de vidrio
- . Muñón colado unirradicular
- . Muñón colado multirradicular
- . Muñón de zirconio
- . Apoyo Maryland (unidad)
- . Attaches
- . Sobredentadura (superior o inferior, por aparato)

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 (simple)
- . Compostura (rebase) (por aparato)
- . Compostura (añadido de retenedor)
- . Compostura (refuerzo metálico)
- . Compostura (añadir pieza a removible acrílico)
- . Completa (una arcada, superior o inferior)
- . Esqueléticos (cada pieza)
- . Esqueléticos (estructura base)
- . Removible flexible 1-3 piezas (Flexite, Valplast, otros)
- . Removible flexible 4-6 piezas (Flexite, Valplast, otros)
- . Removible flexible 7 ó más piezas (Flexite, Valplast, otros)

PERIODONCIA

- . Mantenimiento periodontal
- . Curetaje (raspado y alisado radicular) (por sextante)
- . Ferulización periodontal (por pieza)
- . Gingivectomía (por sextante)
- . Cirugía a colgajo (por sextante)
- . Regeneración con biomateriales (hueso liofilizado, etc.)
- . Membrana (unidad)
- . Alargamiento coronario
- . Colgajo reposición apical (por sextante)
- . Injerto libre de encía

ORTODONCIA

- . Estudio y diagnóstico (incluidos modelos de estudio y cefalometría)
- . Aparato de retención (finalización de tratamiento) (por arcada)
- . Compostura de aparatos (por rotura de aparatos)
- . Microtornillos ortodóncicos
- . 2ª reposición de brackets metálicos (unidad)
- . 2ª reposición de brackets cerámicos (unidad)
- . 2ª reposición de brackets de zafiro (unidad)
- . 2ª reposición de brackets autoligables (unidad)
- . Tratamiento con aparatología fija con brackets metálicos
 - . Inicio una arcada; sup. o inf. (incluye primer aparato)
 - . Inicio ambas arcadas (incluye primeros aparatos)
 - . Mensualidad personalizada
- . Tratamiento con aparatología fija con brackets

cerámicos

- . Inicio una arcada; sup. o inf. (incluye primer aparato)
- . Inicio ambas arcadas (incluye primeros aparatos)
- . Mensualidad personalizada
- . Tratamiento con aparatología fija con brackets de zafiro
 - . Inicio una arcada; sup. o inf. (incluye primer aparato)
 - . Inicio ambas arcadas (incluye primeros aparatos)
 - . Mensualidad personalizada
- . Tratamiento con aparatología fija con brackets autoligables
 - . Inicio una arcada; sup. o inf. (incluye primer aparato)
 - . Inicio ambas arcadas (incluye primeros aparatos)
 - . Mensualidad personalizada
- . 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)
 - . Mensualidad personalizada
- . Tratamiento interceptivo con aparatología removible
 - . Inicio una arcada; sup. o inf. (incluye primer aparato)
 - . Inicio ambas arcadas (incluye primeros aparatos)
 - . Mensualidad personalizada
- . Tratamiento mixto: fuerza ortopédica con aparatología fija
 - . Inicio una arcada; sup. o inf. (incluye primer aparato)
 - . Inicio ambas arcadas (incluye primeros aparatos)
 - . Mensualidad personalizada
- . Tratamiento mixto: fuerza ortopédica con aparatología removible
 - . Inicio una arcada; sup. o inf. (incluye primer aparato)
 - . Inicio ambas arcadas (incluye primeros aparatos)
 - . Mensualidad personalizada

IMPLANTOLOGÍA

Cirugía implantológica

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

Cirugía guiada

- . Estudio cirugía implantológica guiada
- . Suplemento implante cirugía guiada (unidad)

Prótesis sobre implantes

- . Corona metal-cerámica sobre implante
- . Corona metal noble-cerámica sobre implante
- . Corona cerámica sobre implante
- . Corona o puente inyectada sobre implante
- . Corona o 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)

PATOLOGÍA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR

- . Montaje y estudio en articulador semiajustable
- . Férula de descarga
- . Revisiones, ajustes férula. Férula de neuromiorrelajación (tipo Michigan)

¿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, toro, 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. Las técnicas quirúrgicas o procedimientos terapéuticos que usan el láser, salvo:

- Los tratamientos en patología oftálmica intraocular
- Tratamientos de hemorroides
- Cirugía vascular periférica con patología (no estética)

- Otorrinolaringología
- En fisioterapia músculo-esquelética.

21. Las intervenciones, infiltraciones y tratamientos así como cualquier otra intervención que tenga un carácter puramente estético o cosmético. 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. Los tratamientos odontológicos distintos a los contemplados en la cláusula II Cobertura del Seguro de la presente póliza.

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.

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. A partir de los 64 años de edad, el Asegurado solo mantendrá el acceso a través de cuadro médico, tanto en asistencia sanitaria como en dental. Se excluye, por tanto, la modalidad de reembolso para dichas coberturas.

2.3. 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.

2.4. 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.

2.5. 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.

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

3. SINIESTROS, REEMBOLSOS Y CONTROVERSIAS

3.1. Tramitación de siniestro en caso de utilización de medios no recomendados por la Entidad Aseguradora.

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

3.1.1. El Asegurado o cualquier persona en su nombre deberá comunicar el siniestro a la Entidad Aseguradora dentro de los siguientes plazos:

a) En los casos de asistencia sanitaria de urgencia, dentro de los cinco (5) días laborables siguientes a la fecha en que tenga lugar la asistencia médica o quirúrgica o el internamiento hospitalario.

b) En el caso de intervención quirúrgica o internamiento hospitalario programados, dentro de los siete (7) días laborables inmediatamente anteriores a la fecha de dicha intervención quirúrgica o internamiento hospitalario.

c) Los plazos anteriormente señalados se entenderán sin perjuicio de lo establecido en el artículo 16 de la Ley de Contrato de Seguro, que dispone. “El Tomador del Seguro o el Asegurado o el Beneficiario deberán comunicar a la Entidad Aseguradora el acaecimiento del siniestro dentro del plazo máximo de siete (7) días de haberlo conocido, salvo que se haya fijado en la Póliza un plazo más amplio”.

3.1.2. En los casos de intervenciones quirúrgicas, hospitalizaciones, pruebas diagnósticas y métodos terapéuticos, junto con la comunicación de enfermedad o accidente, el Tomador del Seguro o Asegurado enviará a la Entidad Aseguradora informe médico en el que se especifique/n el/los diagnóstico/s y naturaleza de la/s enfermedad/es, así como, en su caso, el centro asistencial, fecha de ingreso, duración probable del tratamiento y tipo de éste.

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

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

3.1.5. En caso de hospitalización, una vez finalizada ésta, el Tomador del Seguro o el Asegurado comunicará tal circunstancia a la Entidad Aseguradora con indicación del periodo de duración del internamiento.

3.1.6. El Tomador del Seguro o, en su caso, el Asegurado deberá presentar a la Entidad Aseguradora la siguiente documentación:

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

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

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

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

- Justificación o acreditación original del pago de la/s factura/s por parte del Asegurado.
- Prescripciones médicas originales de los servicios médicos y/u hospitalarios recibidos por el Asegurado, excepto en el caso de consultas y servicios de podología, respecto de los cuales no será necesaria la presentación de tales prescripciones.
- Informe médico original explicativo de los servicios médicos y/u hospitalarios prestados al Asegurado, del proceso de la enfermedad y su evolución, así como el informe de alta médica u hospitalaria, con indicación, en su caso, de la necesidad de continuidad asistencial.

El incumplimiento de las normas establecidas en los cinco apartados anteriores será considerado como renuncia expresa al cobro del reembolso, salvo que no haya sido posible cumplirlas por causas de Fuerza Mayor.

3.2. Tramitación de siniestro en caso de utilización de medios recomendados por la Entidad Aseguradora.

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

1. Con carácter general será necesaria la previa autorización expresa de la Entidad Aseguradora para intervenciones quirúrgicas, hospitalizaciones, médicos consultores y determinados métodos terapéuticos, pruebas diagnósticas y otros servicios asistenciales, así como la previa prescripción escrita de un facultativo concertado con la Entidad Aseguradora.

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

No obstante lo establecido en el párrafo anterior, en los casos de **urgencia vital** será suficiente a estos efectos la orden de un médico concertado con la Entidad Aseguradora, debiendo el Asegurado notificar el hecho a la misma y obtener su confirmación dentro de las 72 horas siguientes al ingreso en el centro hospitalario o a la prestación del servicio asistencial correspondiente. 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 u hospitalización.

2. La asistencia, de conformidad con lo previsto en las disposiciones reglamentarias aplicables, se prestará en todas las poblaciones donde la Entidad Aseguradora tenga representación debidamente autorizada o cuenta con cuadros médicos concertados. Cuando en cualquiera de las poblaciones donde radique dicha representación o cuadros médicos concertados no exista alguno de los

servicios comprendidos en el contrato, serán facilitados en la provincia donde los mismos puedan utilizarse, a elección del Asegurado.

3. El Asegurado presentará su tarjeta Sanitas y su Documento Nacional de Identidad, al servicio asistencial médico y/u hospitalario recomendado, identificándose, por tanto, como tal Asegurado y no abonará cantidad alguna a dicho servicio asistencial médico y/u hospitalario recomendado.

El incumplimiento de lo establecido en los apartados precedentes (salvo en el caso de que no haya sido posible cumplirlo por causas ajenas a la voluntad del Tomador del Seguro, del Asegurado o sus familiares) dará lugar a que la Entidad Aseguradora no asuma los gastos ocasionados por dicha asistencia, ni total ni parcialmente.

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

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

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

Una vez recibida toda la documentación requerida y efectuadas las comprobaciones oportunas para establecer la existencia del

siniestro, la Entidad Aseguradora, en el plazo de diez días laborables, deberá rembolsar o consignar la cantidad garantizada, según las circunstancias conocidas. En el supuesto de que el proceso tenga una duración superior a los tres meses, el Tomador del Seguro o, en su caso, el Asegurado, deberá remitir a la Entidad Aseguradora la/s factura/s de los gastos incurridos en el trimestre anterior.

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

En el caso de que la asistencia médica y/u hospitalaria se lleve a cabo en el extranjero, la valoración de los gastos o de la cantidad a rembolsar por la Entidad Aseguradora se realizará en euros al cambio oficial comprador del mercado de divisas que, en la fecha de abono por el Tomador del Seguro o Asegurado de la factura de gastos médicos y/u hospitalarios de cuyo reembolso se trate, tuviere la moneda en que dicho Tomador del Seguro o Asegurado hubiere efectuado el pago por la asistencia recibida. Los gastos derivados de la traducción al idioma español de los oportunos documentos (facturas, informes, etc.) redactados en otras lenguas, correrán a cargo del Asegurado.

No obstante, conforme a lo establecido en el punto 2 del presente apartado, en el caso de que el Asegurado utilice los servicios médicos y/u hospitalarios recomendados por la Entidad Aseguradora, será éste quien proceda al pago directamente a los médicos y/u hospitales que hubieren prestado la asistencia de los correspondientes honorarios y gastos médicos devengados, que serán íntegramente de su propia cuenta y cargo.

4. CONTROVERSIAS

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

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

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

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

4.5. Si el dictamen de los Peritos no fuera impugnado, la Entidad Aseguradora deberá abonar el importe del reembolso señalado por los Peritos en un plazo de cinco días.

4.6. En el supuesto de que por demora de la Entidad Aseguradora en el pago del importe del reembolso devenido inatacable el Asegurado. La indemnización correspondiente se verá incrementada con el interés anual legalmente establecido que, en este caso, empezará a devengarse desde que la valoración devino inatacable para la Entidad Aseguradora y, en todo caso, con el importe de los gastos originados al Asegurado por el proceso, a cuya indemnización hará expresa condena la sentencia, cualquiera que fuere el procedimiento judicial aplicable.

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

5. PRIMAS DEL SEGURO

5.1. 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.**

5.2. 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.

5.3. 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.

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

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

5.6. En cada renovación del contrato la Entidad Aseguradora 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 en la utilización de las prestaciones garantizadas y la inclusión de innovaciones tecnológicas médicas que no estuvieran cubiertas en la fecha de efecto inicial de la póliza.

Las primas a satisfacer por el Tomador, variarán en función de la edad alcanzada por cada uno de los Asegurados, el sexo y la zona geográfica correspondiente al lugar de prestación de los servicios, aplicando las tarifas establecidas por la Entidad Aseguradora en la fecha de renovación de cada póliza.

5.7. 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. 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.

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

6. DERECHOS Y DEBERES

6.1. 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 ha 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) 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 a la Entidad Aseguradora, liberará a este de toda prestación derivada del siniestro.

e) 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.

f) Si la asistencia de la madre biológica en el parto se realiza con cargo al seguro de Sanitas de la que aquella fuese asegurada, los hijos recién nacidos podrán ser incluidos en la póliza con todos sus derechos cuando el alta de la madre biológica en la póliza haya tomado efecto con al menos 300 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 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.

g) 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.

6.2. 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.

6.3. 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.

7. RECLAMACIONES

7.1. 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.

7.2. 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.

7.3. 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 N° 52 (28042 Madrid) o al fax 91 585 24 68 o a la dirección de correo electrónico departamentocalidad@sanitas.es**, quien acusará recibo por escrito y resolverá igualmente **mediante escrito motivado en el plazo máximo legal de dos meses** desde la fecha de presentación de la reclamación.

2. Una vez agotada dicha vía interna 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 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 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.

8. OTROS ASPECTOS LEGALES A TENER EN CUENTA

8.1. 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.

8.2. 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.

8.3. Comunicaciones

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

8.3.2. 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.

8.3.3. 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.

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

9. 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.

10. 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 01 de Febrero de 2011

Por el Asegurado/
Tomador del Seguro

Por el Asegurador

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Beatriz López', with a large, stylized flourish above it.

Beatriz López
**Directora Ejecutiva de
Atención al Cliente**
Sanitas, S.A. de Seguros

**MÁS SERVICIOS PARA
CUIDARTE**

SANITAS SERVICIOS DE SALUD

Además de las prestaciones de su póliza anteriormente detalladas, tendrá a su disposición todos los servicios de Sanitas Servicios de Salud *. Se trata de unos servicios adicionales a su póliza de salud, destinados a mejorar su calidad de vida. Estos servicios están orientados al bienestar, la prevención, la estética y la maternidad, siempre diseñados, planificados y realizados por médicos de contrastada experiencia. Sanitas Servicios de Salud es un servicio diferencial de Sanitas, ya que por ser cliente de Sanitas podrá acceder a ellos con unas condiciones muy ventajosas:

- Descuentos respecto al precio privado.
- Primera consulta gratuita** y sin compromiso (consulta media valorada en 150 €).
- Financiación al 0% de interés a 1 año.
- Amplio cuadro médico de contrastada profesionalidad y experiencia.
- Precios cerrados, con consultas y retoques incluidos hasta el alta médica.
- Servicio de atención al clientes especializado.

* Servicios prestados por Sanitas Diversificación, S.L. y Terapia y Pilates S.L.

** en todos aquellos servicios que requieren valoración médica previa

Sanitas Servicios de Salud es una amplia gama de servicios orientados a mejorar la calidad de vida de las personas. Ofrecemos:

Servicios Especializados en Maternidad

- Reproducción asistida
 - Sanitas Cordón Umbilical (Conservación de células madres)
 - Pilates para embarazadas
 - Estética durante y después del embarazo
 - Taller de fortalecimiento del suelo pélvico
-

Otros Servicios Complementarios de Salud

- Cirugía láser ocular
 - Soluciones prostáticas
 - Audífonos
-

Programas Especializados

- Chequeos médicos integrales
 - Test de intolerancia alimentaria
 - Programa de optimización y rehabilitación cardíaca
 - Psicología
-

Estética y Bienestar

- Medicina y cirugía estética
 - Sanitas Wellbeing
-

SERVICIOS ORIENTADOS A LA MATERNIDAD

En Sanitas sabemos lo importante que es esta etapa y queremos ayudarle desde el principio, por eso además de toda la asistencia sanitaria de su póliza, ponemos a su disposición toda una serie de servicios adicionales de los que usted podrá disponer con unos precios especiales.

REPRODUCCIÓN ASISTIDA:

Desde Sanitas Servicios de Salud ofrecemos tratamientos personalizados a aquellas personas con problemas de esterilidad o infertilidad que deseen tener hijos. Para ello ponemos a su disposición lo último en técnicas de reproducción asistida, en los centros más avanzados y de la mano de especialistas de gran prestigio. Y siempre avalado por la experiencia y profesionalidad de una compañía líder en salud.

Nuestros especialistas determinarán cuáles de las siguientes técnicas y servicios son más recomendables en cada caso:

- Inseminación artificial (homóloga o heteróloga).
- Fecundación In Vitro (FIV), con o sin ICSI (inyección intracitoplasmática de espermatozoides).
- Diagnóstico genético preimplantacional.
- Donación de óvulos y espermatozoides.
- Hatching asistido, maquillaje embrionario, cultivos largos de embriones, etc.

Algunas de las ventajas de confiar estos tratamientos con Sanitas Servicios de Salud son:

- Excelentes profesionales y gran experiencia. Todos los centros y profesionales están autorizados por Sanitas bajo estrictos procedimientos de acreditación.
- Primera consulta gratuita y sin compromiso (consulta valorada en 120 €).

- Interesantes descuentos y precios cerrados con condiciones especiales.
- Procedimientos biológicos y ginecológicos específicos de cada técnica (Inseminación artificial, FIV, ICSI, etc.).
- Controles ginecológicos y ecográficos necesarios incluidos.
- Posibilidad de financiación al 0% de interés.

SANITAS CORDÓN UMBILICAL:

Ahora Sanitas le ayuda a conservar las células madre de la sangre del cordón umbilical de su bebé en un banco privado.

¿Qué son las células madre?

Llamamos células madre a un tipo especial de células que presentan la característica de dividirse de forma continua, sin perder sus propiedades, y manteniendo su capacidad de producir células especializadas como glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas.

La sangre del cordón umbilical del recién nacido es una fuente de células madre que supone ya una esperanza de vida para miles de pacientes de todo el mundo.

Aplicaciones terapéuticas

En los trasplantes por enfermedades hematológicas graves, como leucemia, linfomas o mielomas múltiples realizados con células madre procedentes del cordón umbilical, se tiene una disponibilidad inmediata de la muestra (a diferencia de los realizados con células madre de médula ósea, en los que se puede tardar entre 3 y 4 meses en encontrar una compatible).

Su valor terapéutico actual ha sido demostrado en más de 8.000 trasplantes y múltiples investigaciones apuntan a que en un futuro se podrán tratar más enfermedades.

¿Por qué preservar la sangre del cordón umbilical de su hijo?

Por su valor terapéutico: Su valor actual está demostrado en más de 8.000 trasplantes, en el campo de las leucemias, linfomas y otras enfermedades, y su potencial terapéutico

futuro se refleja en la existencia de programas de investigación en el ámbito sanitario público y privado de Europa, Asia y Estados Unidos.

Por su utilidad intrafamiliar: su compatibilidad es total con el propio niño y la tasa de supervivencia del trasplante entre hermanos compatibles se sitúa en torno al 73%, frente al 29% en trasplantes de SCU de donante no emparentado.

Por su momento único: la recogida de SCU es un procedimiento sencillo, carente de riesgo para la madre y el bebé, y su disponibilidad es inmediata para la aplicación terapéutica.

¿En qué consiste este servicio?

Se trata de un servicio de recogida de Sangre del Cordón Umbilical en el momento del parto y conservación de las células madre en un banco privado por un número determinado de años.

¿Qué incluye?

- Dispositivo de recogida: le enviamos a domicilio el dispositivo con todo lo necesario para la extracción de la sangre del cordón umbilical.
- Recogida del dispositivo tras el parto.
- Validación de la muestra.
- Transporte hasta el banco de sangre elegido.
- Procesamiento y criopreservación de la muestra en el banco privado.
- Servicio de información telefónica donde recibirá asesoramiento de cualquier aspecto relacionado con el servicio.

PILATES ESPECIAL EMBARAZADAS*

El método Pilates es una de las prácticas más beneficiosas y recomendables para la embarazada. Es un método seguro tanto para la madre como para su bebé, ya que gracias a su nulo impacto y moderada intensidad permite trabajar la musculatura sin sobrecargarla. Resulta enormemente eficaz en la reeducación postural, en la prevención de dolores de espalda y de las frecuentes secuelas posparto.

Aquellas embarazadas que lo practican regularmente tienen entre otras ventajas:

- Menos complicaciones y patologías propias de la gestación.
- Menos partos por cesárea.
- Partos más fisiológicos y de menor duración.
- Recuperación posparto más breve.
- Disminución de la tensión generada en los músculos, ya que trabaja la elongación y la relajación.
- Fortalecimiento de la musculatura en general contribuyendo a la mejora de la postura.
- Disminución de la fatiga y mejora del retorno venoso, disminuyendo el riesgo de desarrollar varices.

* Servicio prestado exclusivamente en los centros Sanitas Mundosalud

ESTÉTICA DURANTE Y DESPUÉS DEL EMBARAZO*

Con Sanitas, nuestras clientas podrán acceder a múltiples tratamientos estéticos que les ayudarán a recuperarse tras el embarazo. Es muy importante que estos sean realizados por profesionales formados para realizarlos en mujeres embarazadas, ya que estas requieren unos cuidados y atención especial. Entre nuestros tratamientos están:

- Prevención y tratamiento de estrías. Las estrías suelen aparecer durante el embarazo en el abdomen, glúteos, pechos o caderas como consecuencia del estiramiento de la piel por el aumento de peso. Sin embargo, con unos correctos hábitos y cuidados se pueden prevenir o tratar y conseguir de este modo una recuperación completa tras el parto.
- Tratamiento anticelulítico posparto. La celulitis aparece como consecuencia del aumento de peso, la falta de ejercicio físico y la retención de líquidos. Todos estos factores son muy comunes durante el embarazo, por lo que tras el parto es muy importante realizarse este tipo de tratamientos para devolver a la piel un aspecto saludable.

- Tratamientos faciales. Higiene facial, tratamientos para las manchas en la piel... Durante el embarazo la piel presenta algunos trastornos debido a los cambios hormonales. Entre los más comunes está la aparición de manchas en la piel, que pueden prevenirse o reducirse de la mano de profesionales.
- Tratamiento reafirmante y remodelante. Tras el embarazo el cuerpo se ha visto sometido a notorios cambios que pueden provocar flacidez. Para que la recuperación sea más rápida y su resultado mejor, ponemos a disposición de nuestras clientas nuestros centros y profesionales para conseguirlo con unos precios muy ventajosos.

* Servicio prestado exclusivamente en los centros Sanitas Mundosalud

TALLER DE FORTALECIMIENTO DEL SUELO PÉLVICO*

La causa principal de la incontinencia urinaria es el debilitamiento de los músculos del suelo pélvico, por lo que hay que prestar especial atención durante el embarazo y posparto, debido a los cambios y deterioro que sufre esta zona. El tratamiento y la prevención más eficaz son el fortalecimiento del periné. En nuestros talleres teórico-prácticos nuestras clientas aprenden a fortalecer el suelo pélvico para prevenir la incontinencia urinaria, o en caso de padecerla, evitar los escapes de orina restableciendo el control esfinteriano.

En nuestro taller se trabajan diferentes áreas para prevenir y tratar los síntomas:

- Enseñar qué es y cómo funciona el periné.
- Entender porqué se produce la incontinencia urinaria.
- Concienciar a la mujer de la importancia que tiene fortalecer el suelo pélvico.
- Enseñar unos hábitos saludables para la prevención y/o mejora de la incontinencia urinaria.
- Tomar conciencia de los músculos del periné.

La charla se complementa con sesiones completamente prácticas en las que se realizan ejercicios de Kegel y gimnasia abdominal hipopresiva para reforzar el suelo pélvico.

* Servicio prestado exclusivamente en los centros Sanitas Mundosalud

OTROS SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE SALUD

Sanitas pone a disposición de sus clientes la posibilidad de acceder a tratamientos no incluidos en la cobertura de su póliza de asistencia sanitaria y que le ayudarán a tener una mejor calidad de vida. Se trata de una serie de servicios no esenciales para la salud de las personas pero sí que les permiten a nuestros clientes tener una opción frente a determinados problemas y tratamientos.

CIRUGÍA LÁSER OCULAR

Más de 10.000 personas ya han solucionado sus problemas de visión con las técnicas más avanzadas en láser ocular con Sanitas Servicios de Salud. Se trata de la mejor opción para mejorar su imagen a la vez que ganamos en comodidad y calidad de vida; es decir adiós a las gafas y lentes de contacto con total calidad y garantía.

Sanitas selecciona y acredita excelentes especialistas y nuestros cualificados equipos utilizan la última tecnología de cirugía láser ocular para corregir la miopía, hipermetropía o astigmatismo con la máxima precisión y seguridad, además de ofrecer un servicio completo que garantiza los mejores resultados para cada paciente.

Se trata de una cirugía rápida y segura, que se realiza en 15 minutos, sin anestesia general y sin hospitalización; con la última tecnología en láser ocular.

Ventajas de la cirugía láser ocular de Sanitas:

- Las técnicas de cirugía láser ocular más modernas: lasik e intralaser.
- Sin hospitalización ni anestesia.

- Precisión y seguridad: en sólo unos minutos y en una misma sesión, se operan ambos ojos.
- Rápida recuperación y resultados inmediatos.
- Mínimo riesgo.
- Servicio integral que le acompañará antes y después de la operación para garantizar los mejores resultados.

El servicio incluye:

1. Primera consulta gratuita y sin compromiso (valorada en 150 €).
2. Estudio ocular completo para garantizar la viabilidad de la intervención.
3. Todas las curas, retoques y consultas necesarias hasta el alta médica.

SOLUCIONES PROSTÁTICAS

Siempre a la vanguardia, Sanitas Servicios de Salud pone a su alcance las ventajas del láser para el tratamiento de patologías prostáticas. Una técnica segura y menos invasiva para tratar la hiperplasia benigna de próstata.

La hiperplasia benigna de próstata suele aparecer en varones mayores de 45-50 años. Se produce cuando la próstata aumenta de tamaño, comprimiendo la uretra y obstruyendo la salida de la orina.

La vaporización fotoselectiva de próstata con Láser Verde es una técnica refrendada por urólogos de todo el mundo, que supone un gran avance en el tratamiento de este problema.

¿Qué ventaja tiene esta técnica?

- Al tratarse de métodos menos invasivos que la cirugía clásica, el paciente puede regresar a su domicilio en pocas horas.
- Se trata de una rápida intervención que puede realizarse en régimen ambulatorio o con ingreso hospitalario mínimo.
- La recuperación es muy rápida y el alivio de los síntomas, inmediato.
- Los resultados son tan duraderos como los de las intervenciones quirúrgicas tradicionales.

- Los riesgos de hemorragias, incontinencia o impotencia se minimizan.
- Sanitas Servicios de Salud ofrece precios muy ventajosos y posibilidad de financiación a 12 meses con el 0% de interés.
- La primera consulta es gratuita y sin compromiso (consulta valorada en 150 €).

AUDÍFONOS

Porque sabemos lo importante que es escuchar, queremos ayudarle si tuviera algún problema que se lo impida. A menudo, la gente con problemas de audición ve afectada su vida cotidiana y puede afectarle laboral, social, familiar y personalmente. Para ayudarle y que recupere su vida habitual y la de los suyos, ponemos a su disposición nuestro servicio de audífonos.

Los clientes de Sanitas pueden acceder a descuentos especiales en una amplia gama de audífonos digitales de última generación, eficaces y discretos. Nuestro servicio incluye:

1. Completo examen auditivo, gracias al cual el especialista determinará el tipo de audífono que más le conviene.
2. Audífono de última tecnología y máxima adaptación a su problema.
3. Seguimiento de la evolución, con una segunda consulta y posteriores revisiones.

Y todo ello con los descuentos especiales para nuestros clientes y las ventajosas condiciones de financiación que ponemos a su disposición (0% de intereses a 1 año).

PROGRAMAS ESPECIALIZADOS

Sanitas Servicios de Salud ha desarrollado una serie de programas especiales con el objetivo de dar un paso más en la prevención y en ofrecer una posibilidad de aumentar la calidad de vida de nuestros clientes.

CHEQUEOS MÉDICOS AVANZADOS

La principal ventaja de nuestros chequeos médicos integrales es la rapidez, ya que en sólo unas horas y con todas las comodidades, podrá realizarse todas las pruebas. Sanitas ofrece a sus clientes estos programas integrales, que a través de numerosas pruebas realizadas en un mismo día y en un mismo centro médico u hospital permitirán determinar el funcionamiento de los principales órganos vitales y detectar posibles problemas para su inmediato tratamiento. Existen varios tipos de chequeos para adaptarse a cada necesidad e inquietud. Todos los circuitos de pruebas y consultas con especialistas han sido diseñados por un experto equipo de Sanitas.

Estos son algunos de los chequeos que Sanitas Servicios de Salud ofrece:

Classic	Complete	Integral		Protocolos: Pruebas y consultas médicas	
•	•	•	GENERAL	Consulta y exploración física por aparatos	
•	•	•	CORAZON Y PULMONES	Prueba de esfuerzo físico o ergometría.	
	•			Score Cálculo. Se realiza con un escáner TAC que detecta la calcificación coronaria antes de que los síntomas se desarrollen.	
•	•	•		Medida de presión arterial y pulso	
•	•	•		Electrocardiograma	
•	•	•		Test de funcionamiento pulmonar o Espirometría	
	•	•		Eco-cardiograma	
•	•	•		Test de Framingham. Riesgo cardiovascular	
•	•	•		CORPORAL	Peso y talla
•	•	•			Cálculo de masa corporal
•	•	•		ANALISIS CLINICOS	Hemograma completo
•	•	•	Niveles de urea, creatinina y ácido úrico		
•	•	•	Niveles de glucosa		
•	•	•	Niveles de calcio (mujeres)		
•	•	•	Hígado		
•	•	•	Niveles de colesterol y triglicéridos		
	•	•	Marcadores tumorales (hombres)		
	•	•	Antígenos y anticuerpos de hepatitis		
	•	•	Hormonas tiroideas		
•	•	•	Análisis de orina		
•	•	•	VISTA Y OIDO	Revisión oftalmológica	
•	•	•		Revisión otorrino-laringológica	
	•	•	HOMBRE/ MUJER	Revisión ginecológica/urológica	
•	•	•	RADIOLOGÍA	Rx de tórax	
	•	•		Ecografía abdominal renal y hepática	
	•	•		Mamografía bilateral (mujeres)	
	•		AP.DIGESTIVO	Colonoscopia: consulta preanestésica y colonoscopia con sedación	

Entre las ventajas de los chequeos médicos ofrecidos por Sanitas Servicios de Salud:

- Diseño exclusivo de chequeos por los mejores especialistas con un servicio personalizado de calidad asistencial.
- Recepción de resultados en el mismo día, en la mayoría de los programas, siempre que la naturaleza de las pruebas lo permita.
- Amplio y detallado informe médico en un lenguaje claro y comprensible.
- Atención de consultas o dudas por parte del equipo médico para que nuestros clientes puedan adoptar fácilmente las medidas y recomendaciones que mejoren su salud y calidad de vida.

TEST DE INTOLERANCIA ALIMENTARIA

Consiste en una sencilla extracción de sangre que permite analizar la reacción de los anticuerpos del paciente ante más de 200 alimentos e identificar aquellos que causan rechazo.

Una interpretación médica de estos resultados define con precisión los alimentos que se recomienda eliminar y la dieta más adecuada para que el paciente mantenga su salud en perfecto estado.

Cualquier persona mayor de 16 años que, de forma irregular y aparentemente injustificada, padezca alguna patología y quiera descartar posibles casos de intolerancia o tratarlos convenientemente en caso de que se detecten, puede realizarse el test.

Los trastornos o patologías que podrían solucionarse adaptando la dieta a los resultados revelados por el test son:

- Problemas gastrointestinales: dolores abdominales, diarrea, vómitos, estreñimiento, hinchazón o colon irritable.
- Procesos dermatológicos: acné, eczema, soriasis, urticaria o picor.
- Molestias neurológicas: dolor de cabeza, migrañas, mareos o vértigos.

- Molestias respiratorias: asma, rinitis o dificultad respiratoria.
- Trastornos endocrinos: personas obesas que no responden a tratamientos habituales de adelgazamiento.
- Otros: artritis, fibromialgia, articulaciones inflamadas, etc.

Con una extracción de sangre se identificarán los alimentos que pueden generar una respuesta inmunológica no deseable y ser causa de trastornos como retención de líquidos, migrañas, problemas digestivos o fatigas.

Este servicio comprende:

- Análisis de sangre.
- Dossier completo con toda la información de la prueba.
- Tarjeta de bolsillo en la que se indican los alimentos perjudiciales para tu salud.
- Una dieta personalizada, en función de los resultados.
- Aunque los resultados son sencillos de interpretar, si el paciente tiene alguna duda puede solicitar la llamada de un experto en nutrición, que en 48 horas laborables se pondrá en contacto con él.

PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN Y REHABILITACIÓN CARDIACA

Es un programa con una duración de entre 3 y 6 meses, dirigido a la recuperación física y emocional de los pacientes que han sufrido un episodio o enfermedad cardiovascular y para aquellas personas que reúnen varios factores de riesgo.

Este programa es fundamental para lograr una pronta reincorporación a la vida familiar, social y laboral, aprender a detectar los síntomas de la enfermedad, el control de los factores de riesgo y la mejor calidad de vida posible.

El programa consta de:

- Seguimiento por parte de los equipos médicos multidisciplinares: médicos rehabilitadores, cardiólogos, psicólogos, fisioterapeutas, ATS, etc.

- Atención en centros especializados.
- Programa de entrenamiento físico personalizado.
- Formación para el autocontrol de los factores de riesgo.
- Estudio del tipo de vida laboral del paciente.
- Tratamiento de aspectos psicológicos para enfrentarse a situaciones de ansiedad.
- Presencia continuada de un cardiólogo.
- Material impreso de apoyo.
- Inclusión en el programa Sanitas Responde.

- Podrá elegir entre un amplio cuadro de psicólogos seleccionados por Sanitas.

Acceder a este servicio es muy sencillo. Sólo tiene que:

1. Solicitar el bono a Sanitas Servicios de Salud.
2. Elegir profesional.
3. Abonar una cuota de alta en el servicio. Esta cantidad puede variar en función del tiempo y sesiones que el cliente necesite.
4. Acudir a la consulta y abonar las sesiones.

PSICOLOGÍA

En Sanitas Servicios de Salud también estamos a su lado para escucharle y ayudarse a sentirse bien en todo momento.

Por eso, ahora, si necesitase más sesiones de psicología de las que incluye su póliza de asistencia sanitaria puede recibir la atención de los mejores psicólogos y contar con un precio exclusivo por sesión.

Se trata de sesiones de Psicología de carácter individual cuya finalidad es el tratamiento de patologías susceptibles de tratamiento como son:

- anorexia
- alteraciones del sueño
- estrés
- fracaso escolar
- ansiedad
- conducta
- depresión
- relaciones de pareja
- bulimia

Entre otras, las ventajas del servicio de Psicología de Sanitas Servicios de Salud, son:

- Posibilidad de ampliar, cuanto quiera, el número de sesiones terapéuticas. Si desea comenzar a recibir atención psicológica o si ha iniciado un tratamiento psicológico y quiere continuarlo más allá de las sesiones incluidas en su póliza, puede contratar bonos complementarios de psicología de 1, 2 y 3 meses a un precio muy especial.
- Con los bonos, podrá acudir a la consulta las veces que lo necesite durante ese tiempo a un precio excepcional de 26 € por sesión.

ESTÉTICA Y BIENESTAR

MEDICINA Y CIRUGÍA ESTÉTICA

Nuestros servicios de Medicina y Cirugía están especialmente recomendados para aquellas personas que deseen mejorar su imagen cuidando, ante todo, de su salud.

Para ello, Sanitas cuenta con destacados especialistas, centros de primer nivel y una amplia gama de cirugías y tratamientos médico estéticos a los que nuestros clientes pueden acceder con unas condiciones muy ventajosas.

Ponemos a su disposición una amplia variedad de servicios Innovadores entre los que están:

- Tratamientos médico estéticos:
 - Tratamientos de rejuvenecimiento facial:
 - peeling químico
 - relleno de arrugas
 - infiltración de ácido hialurónico
 - etc..
 - Depilación por láser Alejandrita o Diodo
 - Tratamientos vasculares: eliminación de varices
 - Eliminación de manchas, cicatrices y tatuajes
- Cirugía estética:
 - Corporal:
 - aumento y reducción mamaria
 - liposucción
 - abdominoplastia
 - refinig
 - liposucción mínimamente invasiva

- etc.
- Facial:
 - lifting
 - blefaroplastia
 - otoplastia
 - rinoplastia
 - etc.
- Innovadores servicios para cuidarle:
 - Programa de Nutrición y Bienestar: para cuidar el peso, forma física y hábitos alimentarios de modo personalizado.
 - Cuidados para su salud: pilates, osteopatía, fisioterapia, tratamientos de belleza en cabina, presoterapia, masajes corporales y craneal, reflexología podal, etc.

Las ventajas de contratar uno de estos servicios a través de Sanitas Servicios de Salud son:

- Una primera consulta de diagnóstico gratuita.
- Siempre servicios prestados/prescritos por excelentes profesionales médicos de gran experiencia.
- Calidad, servicio, profesionalidad y tecnología punta.
- Precio cerrado por todo el servicio, con un importante descuento frente al precio privado. Nuestros precios incluyen consultas, pruebas preoperatorias (en caso de que sea necesario), la propia intervención, revisiones hasta el alta y retoques a criterio médico.
- Facilidades de financiación (0% de interés a 1 año. Consultar condiciones en plazos más largos).
- Unidad telefónica especializada.

SANITAS WELLBEING

Un producto de cuota mensual o pago anual diseñado para que nuestros clientes puedan cuidarse al mejor precio con los últimos avances en salud y bienestar. Sanitas Wellbeing ofrece increíbles ventajas. El pago de estas cuotas le da acceso a:

1. Servicios gratuitos incluidos: Incluyendo consultas de asesoramiento estético, masajes wellbeing, clases de pilates, yoga y tai chi, talleres posturales, nutrición y terapias alternativas (shiatsu, hidroterapia, osteopatía, homeopatía, reiki, aromaterapia y acupuntura).
2. Exclusivos precios especiales concertados en nuestros Centros Wellbeing, con descuentos de hasta el 30% en una amplia gama de servicios de bienestar desde terapias preventivas, nutrición, pilates, estética y mucho más.
3. Además con tu tarjeta Sanitas Wellbeing, recibirás siempre un trato preferencial en nuestros centros, con descuentos de hasta el 10% en servicios especiales como depilación láser, cremas de tratamiento de las mejores marcas, e incluso descuentos sobre otras promociones que puedan ofrecer los centros wellbeing.

¿CÓMO ACCEDER A SANITAS SERVICIOS DE SALUD?

Los pasos son muy sencillos:

1. Sólo tendrá que llamar al teléfono 902 500 079 y una persona de nuestro equipo le ayudará en cualquier duda o trámite que necesite: dudas del propio servicio, provisión médico donde realizarlo, precios de los servicios, etc. Se trata de un equipo de dilatada experiencia que agilizará al máximo los trámites y resolverá todas sus dudas para que usted sólo tenga que decidirse. En caso de que quiera contratar alguno de los servicios ofrecidos, simplemente tendrá que seguir las pautas establecidas por nuestro personal, entre las que están:
 - Identificación personal: nombre, apellidos, DNI, nº de póliza Sanitas, teléfono, dirección postal y de correo electrónico; estos datos son necesarios para verificar la autenticidad de la llamada.

- Proveedor médico elegido: nuestro equipo le ofrecerá una serie de profesionales donde podrá realizarse el servicio.
- 2. A continuación, le gestionaremos de manera totalmente gratuita su primera cita médica* donde el profesional seleccionado por usted valorará su tratamiento.
- 3. En algunos casos será el propio médico y en otros deberá llamar a Sanitas Servicios de Salud, donde le entregarán un presupuesto totalmente personalizado.
- 4. En caso de que esté interesado deberá realizar la contratación y pago del servicio a través del teléfono de Sanitas Servicios de Salud (902 500 079). El pago se realiza telefónicamente y mediante tarjeta bancaria.
- 5. En el plazo de una semana recibirá en su domicilio la factura correspondiente al servicio contratado.

* para todos aquellos servicios que requieren una primera cita de valoración

CONOCE TODAS LAS VENTAJAS DE SANITAS SERVICIOS DE SALUD

• SELECCIONADO CUADRO MÉDICO

Desde Sanitas Servicios de Salud seleccionamos a los mejores proveedores para poder ofrecer todos nuestros servicios con la máxima tranquilidad y confianza. Se trata de expertos profesionales, de dilatada carrera y que utilizan las más avanzadas tecnologías en su práctica médica. Nuestro equipo de atención al cliente le detallará cual es la provisión médica acreditada para su provincia donde podrá disfrutar de las ventajas y la garantía de Sanitas Servicios de Salud.

• FINANCIACIÓN

También será el equipo de atención al cliente de Sanitas Servicios de Salud (902 500 079) el que le gestionará todos los trámites para que pueda financiar sus tratamientos. Hemos

alcanzado un acuerdo por el que podrá acceder a unas ventajosas condiciones que le ayudarán a abonar su tratamiento de una forma aún más cómoda: 0% de interés a 1 año. También podrá consultar las condiciones para otros periodos de tiempo.

• 1ª CONSULTA GRATIS

En Sanitas Servicios de Salud tendrá su primera consulta totalmente gratis* y sin compromiso alguno. Esta consulta tiene un valor medio en el mercado de 150 €. Sólo tendrá que llamar a nuestro equipo de atención al cliente, interesarse por uno de nuestros servicios y solicitar su cita. Un vez que el médico haya evaluado su caso, usted podrá decidir libremente si contrata o no dicho servicio.

* para todos aquellos servicios que requieren una primera cita de valoración

• IMPORTANTES DESCUENTOS

Los precios de todos nuestros servicios suponen un descuento respecto a los precios medios de mercado de un 20%. Simplemente por contratar con Sanitas Servicios de Salud usted tendrá este descuento ya incluido en el precio final.

• PRECIOS CERRADOS

Todos nuestros precios incluyen:

- 1ª consulta gratuita en todos los servicios que requieren valoración médica.
- El tratamiento o intervención.
- Resto de consultas que pudiesen ser necesarias.
- Retoques posteriores en caso de que fuese necesario*.

Se trata de precios cerrados y fijados con anterioridad a la realización del tratamiento o la intervención.

* siempre bajo prescripción del médico que realizó el tratamiento o intervención

- **EQUIPO DE ATENCIÓN AL CLIENTE ESPECIALIZADO**

Nuestro equipo de atención al cliente está especializado en todos nuestros servicios y le ayudará con cualquier duda o trámite que pueda necesitar. Se trata de un equipo multidisciplinar con amplios conocimientos de todos nuestros servicios y con capacidad para gestionar sus pagos y financiaciones.

**VENTAJAS EXCLUSIVAS
SANITAS SERVICIOS DE
SALUD PARA CLIENTES DE
SANITAS MAS 90 SIN
COPAGO**

¿QUÉ VENTAJAS ADICIONALES TENGO POR SER CLIENTE DE SANITAS MAS 90 SIN COPAGO?

En Sanitas Servicios de Salud queremos darle la bienvenida como cliente de Sanitas. Le ofrecemos no solo el acceso a todos nuestros servicios en condiciones ventajosas (descuentos, 1ª consulta gratuita, financiación, etc.), sino que además hemos diseñado para usted y todos los asegurados de la póliza una serie de beneficios adicionales y exclusivos. Estas ventajas son ofrecidas exclusivamente a nuestros clientes de Sanitas Mas 90 Sin Copago.

MUJERES:

Reproducción Asistida (Fecundación in vitro) → regalo ecografía 4D

Sanitas Cordón Umbilical → regalo ecografía 4D + cuotas de mantenimiento

Cirugía Láser Ocular → 100 € de regalo

Cirugía estética → 100 € de regalo

Chequeo Complete → 100 € de regalo

Servicios Mundosalud → 50 € de regalo

- **Regalo ecografía 4D***. Porque sabemos lo importante que es este momento, y por haber decidido compartirlo con Sanitas, queremos hacerle un regalo lleno de emoción: la ecografía 4D de su bebé, donde podrá ver su cara, sus movimientos, etc. del modo más real gracias a esta innovadora tecnología. El regalo incluye:

- dvd con todos los contenidos:
 - fotografías 3D
 - grabación 4D con todos los movimientos de su bebé

Este servicio valorado en más de 150 € y lleno de emociones, podrán disfrutarlo de manera totalmente gratuita:

- Todas aquellas parejas que hayan contratado el servicio de Reproducción Asistida en su modalidad de fecundación in vitro con Sanitas Servicios de Salud, tendrán de manera totalmente gratuita la ecografía

4D de su hijo.

- Para todos aquellos que hayan contratado Sanitas Cordón Umbilical, el servicio de conservación de células madre de Sanitas, tendrán totalmente gratis la emoción de ver a su bebé con la alta calidad de la ecografía 4D gracias a Sanitas Servicios de Salud.

* Ecografía 4D: consulte disponibilidad en su provincia.

- **Regalo de las cuotas de mantenimiento anual de Sanitas Cordón Umbilical.** La muestra de células madre se mantiene en condiciones óptimas de criopreservación durante 20 años, con la máxima seguridad y plena disponibilidad en el caso de que fuese necesario hacer uso de ellas. Este regalo está valorado en 1.600 € (20 años x 80 €/año) y Sanitas quiere que disfruten de él nuestros clientes de Sanitas Mas 90 Sin Copago.

- **Cheque regalo de 100 €** a disfrutar en los siguientes Servicios de Salud:

- **Cirugía Estética:** para que le sea más fácil sentirse más cómoda con su cuerpo, Sanitas Servicios de Salud le regala 100 € en las contrataciones de aumento y reducción mamaria bilateral y liposucciones*.

* Descuento aplicable en intervenciones con importe superior a 1.500 €.

- **Cirugía Láser Ocular:** para que pueda decir adiós a las gafas y lentes de contacto de la forma más sencilla, Sanitas Servicios de Salud le obsequia con 100 €*. Aproveche el descuento y olvídense de las dioptrías gracias a la mejor y más innovadora tecnología que ponemos a su disposición.

* Descuento aplicable: 50 € en cada ojo operado.

- **Chequeo Complete:** el más avanzado y exhaustivo de los chequeos ofrecidos por Sanitas Servicios de Salud, con más de 25 pruebas diagnósticas que le supondrían muchos días de espera y gestiones administrativas, y que contratándolo con Sanitas Servicios de Salud lo realizará en un solo día, con una atención personalizada y un circuito diseñado por especialistas para su máxima comodidad. Además de todas estas ventajas, Sanitas Servicios de Salud le regala 100 € en la

contratación de este servicio, porque la prevención es lo más importante para nosotros y nuestros clientes.

- **Cheque regalo de 50 € *** a disfrutar en los centros Mundosalud, nuestros centros especializados en el cuidado del bienestar físico y emocional. Desde Sanitas Mundosalud le proponemos prevenir, mantener o mejorar su estado físico, ponerle en forma a través de una asistencia integral y personalizada y hacer que se sienta como desea.

Tenemos como objeto cubrir el vacío existente en el ámbito del wellness, mediante la combinación de terapias y métodos para conseguir un estado óptimo de salud y forma física. Bajo la supervisión de nutricionistas, osteópatas y fisioterapeutas, combinando terapias activas y pasivas, método Pilates, entrenamientos personales, trabajo cardiovascular, fisioterapia, rehabilitación, masajes, estética y una multitud de servicios más que le invitamos a descubrir.

* Descuento aplicable en servicios o tratamientos con importe superior a 100 €.

HOMBRES:

Cirugía láser ocular → 100 € de regalo

Cirugía estética → 100 € de regalo

Chequeo Complete → 100 € de regalo

Servicios Mundosalud → 50 € de regalo

- **Cheque regalo de 100 €** a disfrutar en los siguientes Servicios de Salud:

- **Cirugía Estética:** porque sentirse bien con su cuerpo también es cosa de hombres, Sanitas Servicios de Salud le regala 100 €* en la contratación de nuestros servicios de cirugía estética de liposucción, gracias a los que podrá eliminar la grasa acumulada no deseada.

* Descuento aplicable en intervenciones por importe superior a 1.500 €.

- **Cirugía Láser Ocular:** para que pueda decir adiós a las gafas y lentes de contacto de la forma más sencilla, Sanitas Servicios de

Salud le obsequia con 100 €*. Aproveche el descuento y olvídense de las dioptrías gracias a la mejor y más innovadora tecnología que ponemos a su disposición.

* Descuento aplicable: 50 € en cada ojo operado.

- **Chequeo Complete:** el más avanzado y exhaustivo de los chequeos ofrecidos por Sanitas Servicios de Salud, con más de 25 pruebas diagnósticas que le supondrían muchos días de espera y gestiones administrativas, y que contratándolo con Sanitas Servicios de Salud lo realizará en un solo día, con una atención personalizada y un circuito diseñado por especialistas para su máxima comodidad. Además de todas estas ventajas, Sanitas Servicios de Salud le regala 100 € en la contratación de este servicio, porque la prevención es lo más importante para nosotros y nuestros clientes.

- **Cheque regalo de 50 € *** a disfrutar en los centros Mundosalud, nuestros centros especializados en el cuidado del bienestar físico y emocional. Desde Sanitas Mundosalud le proponemos prevenir, mantener o mejorar su estado físico, ponerle en forma a través de una asistencia integral y personalizada y hacer que se sienta como desea.

Tenemos como objeto cubrir el vacío existente en el ámbito del wellness, mediante la combinación de terapias y métodos para conseguir un estado óptimo de salud y forma física. Bajo la supervisión de nutricionistas, osteópatas y fisioterapeutas, combinando terapias activas y pasivas, método Pilates, entrenamientos personales, trabajo cardiovascular, fisioterapia, rehabilitación, masajes, estética y una multitud de servicios más que le invitamos a descubrir.

* Descuento aplicable en servicios o tratamientos con importe superior a 100 €.

¿CÓMO PUEDO DISFRUTAR DE ESTAS VENTAJAS EXCLUSIVAS EN SANITAS SERVICIOS DE SALUD?

Estas ventajas son exclusivas para nuestros clientes de Sanitas Mas 90 Sin Copago. Para poder disfrutar de ellas sólo tendrá que llamar al teléfono de atención al cliente de Sanitas Servicios de Salud (902 500 079). Le solicitarán algunos datos para verificar que puede disfrutar de estas ventajas (nombre, número de

identificación fiscal, póliza de Sanitas, etc.) y le indicarán con todo detalle los pasos a seguir en caso de que esté interesado en alguno de nuestros servicios accediendo a ellos con todas las ventajas que le corresponden.

En caso de que necesite más información o desee contratar alguno de los servicios de Mundosalud, puede llamar a cualquiera de nuestros centros:

Mundosalud Fortuny	C/ Fortuny, 14	902 362 742	28020	Madrid
-----------------------	----------------	-------------	-------	--------

Mundosalud Profesor Waksman	C/ Profesor Waksman 3-5	914 585 441	28036	Madrid
-----------------------------------	----------------------------	-------------	-------	--------

Mundosalud Pozuelo	Av. de Europa, 1	913 523 128	28223	Pozuelo de Alarcón (Madrid)
-----------------------	---------------------	-------------	-------	-----------------------------------

Puede ampliar la información de todos nuestros servicios y su contratación en el apartado de “Más soluciones para cuidarte” de esta guía.

Al final de esta documentación encontrará todos sus cheques regalo para que pueda disfrutar de estas ventajas exclusivas.

Servicios prestados por Sanitas Diversificación, S.L. y Sanitas Salud y Bienestar, S.L.

Si necesita contactar con nosotros

Estimada Sra. POLIZAS:

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 hacemos llegar todas sus sugerencias y recomendaciones.

Asistencia en el extranjero 91 345 65 84

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

Sanitas 24 horas 902 106 102



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

Urgencias 24 horas 902 103 600

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

Segunda opinión médica 902 408 409



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



Contratación 901 100 210

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

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

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:

