

CONDICIONES GENERALES

Sabadell Protección Salud



BanSabadell Seguros Generales, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros.

Entidad domiciliada en la C/ Isabel Colbrand, número 22, 28050 Madrid.

Inscrita con la clave C-0767 en el Registro Especial de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

Registro Mercantil de Madrid, hoja 4.530, tomo 36651, libro 0, Folio 117, secc. 8ª, Hoja M 657405, Insc. 2.

N.I.F. A-64194590

Sanitas Sociedad Anónima de Seguros

Inscrita el 10 de febrero de 1958 con la clave C-320 en el Registro Especial de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

Entidad domiciliada en España, Ribera del Loira, 52 – 28042 Madrid.

Registro Mercantil de Madrid, hoja 4.530, tomo 1.241, libro 721, secc. 3ª, Insc. 1.

N.I.F. A-28037042

ÍNDICE

Condiciones generales

Cláusula preliminar.....	6
Glosario de términos.....	7
Cláusula I: Objeto del seguro.....	13
Cláusula II: Coberturas.....	13
COBERTURAS PRINCIPALES DE LA PÓLIZA.....	13
1. Asistencia primaria.....	13
1.1. Medicina Familiar.....	13
1.2. Pediatría y Puericultura.....	13
1.3. Servicio de Enfermería.....	13
2. Urgencias.....	14
Sanitas 24 horas.....	14
3. Especialidades médicas.....	14
3.1. Alergología.....	14
3.2. Análisis Clínicos.....	14
3.3. Anatomía Patológica.....	14
3.4. Anestesiología.....	14
3.5. Angiología y cirugía vascular.....	14
3.6. Aparato Digestivo.....	14
3.7. Cardiología.....	14
3.8. Cirugía Cardiovascular.....	14
3.9. Cirugía General y del Aparato Digestivo.....	14
3.10. Cirugía Maxilofacial.....	14
3.11. Cirugía Ortopédica y Traumatología.....	14
3.12. Cirugía Pediátrica.....	14
3.13. Cirugía Reparadora.....	14
3.14. Cirugía Torácica.....	14
3.15. Dermatología.....	14
3.16. Endocrinología.....	14
3.17. Geriatria.....	14



3.18. Ginecología y Obstetricia.....	14
3.19. Hematología y Hemoterapia.....	15
3.20. Medicina Interna.....	15
3.21. Medicina Nuclear.....	15
3.22. Nefrología.....	16
3.23. Neumología.....	16
3.24. Neurocirugía.....	16
3.25. Neurofisiología Clínica.....	16
3.26. Neurología.....	16
3.27. Oftalmología.....	16
3.28. Oncología Médica.....	16
3.29. Otorrinolaringología.....	16
3.30. Psiquiatría.....	16
3.31. Radiodiagnóstico-Diagnóstico por Imagen.....	16
3.32. Rehabilitación.....	16
3.33. Reumatología.....	16
3.34. Urología.....	16
4. Otros servicios asistenciales.....	16
4.1. Ambulancia.....	16
4.2. Fisioterapia.....	17
4.3. Logopedia y foniatría.....	17
4.4. Nutrición.....	17
4.5. Odontología.....	17
4.6. Podología (exclusivamente Quiropodia).....	18
4.7. Psicología.....	18
4.8. Terapias respiratorias domiciliarias.....	18
4.9. Tratamiento del Dolor.....	18
COBERTURAS ADICIONALES DE LA PÓLIZA.....	19
Cobertura programa senior.....	20
Cobertura segunda opinión médica.....	20
Servicios A Domicilio Sabadell Más 60.....	21
Ecosistema Digital.....	25
Complemento Digital Sabadell Más 60.....	26
Cláusula III: Coberturas excluidas.....	32
Cláusula IV: Periodos de carencia.....	36
Cláusula V: Forma de prestar los servicios.....	37
Cláusula VI: Otros aspectos del seguro.....	41

1. Bases y pérdida de derechos del contrato.....	41
2. Edad máxima de contratación.....	42
3. Duración del seguro.....	42
4. Primas del seguro.....	42
5. Aportación de informes.....	44
6. Reclamaciones.....	44
7. Otros aspectos legales a tener en cuenta.....	44
8. Cláusula de protección de datos.....	45
9. Jurisdicción.....	54
10. Prevención del blanqueo de capitales y de la financiación del terrorismo.....	54
11. Cómo contactar con nosotros.....	54
12. Cláusula de coaseguro.....	54
Servicios prestados por Sanitas Mayores.....	57

Cláusula preliminar

El presente contrato se rige, con carácter general, por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de octubre de Contrato de Seguro (B.O.E. de 17 de Octubre de 1980); por la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, y su Reglamento de Desarrollo (Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras), por la Ley 22/2007 de 11 de julio, sobre comercialización a distancia de servicios financieros destinados a los consumidores, por la normativa sobre distribución de seguros, y por lo convenido en las presentes Condiciones Generales y en las Particulares. Con carácter especial se rige por lo recogido específicamente sobre el coaseguro en el Art. 33 de la mencionada Ley de Contrato de Seguro.

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

Glosario de términos

A los efectos del presente documento del Producto **Sabadell Protección Salud Más 60** se entiende por:

TÉRMINOS ASEGURADORES

ACCIDENTE

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

ANTIGÜEDAD

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

ASEGURADO

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

BENEFICIARIO

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

COPAGO

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

CUESTIONARIO DE SALUD

Declaración que debe realizar de forma veraz y completa y firmar el Tomador o Asegurado antes de la formalización de la póliza, que sirve a la Entidad Aseguradora para la valoración del riesgo que es objeto del seguro.

DOLO

Acción u omisión cometida con fraude o engaño con la intención de producir un daño

u obtener un beneficio afectando los intereses de un tercero.

DOMICILIO DEL ASEGURADO

Es aquel donde resida el Asegurado y que conste expresamente mencionado en las condiciones particulares de la póliza.

ENTIDAD ASEGURADORA

Sanitas Sociedad Anónima de Seguros y BanSabadell Seguros Generales, personas jurídicas que asumen el riesgo contractualmente pactado en régimen de coaseguro al 50% cada una.

FRANQUICIA

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

PARTICIPACIÓN EN GASTOS

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

PLAZOS DE CARENCIA

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

PÓLIZA

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

Apéndices que se añadan a la misma, para completarla o modificarla.

PREEXISTENCIA

Estado o condición de la salud (enfermedad, lesión o defecto) no necesariamente patológicos sufridos por el Asegurado con anterioridad a la fecha de la firma del cuestionario de salud.

PRESTACIÓN

Aceptación del pago del servicio asistencial por la Entidad Aseguradora de las garantías comprometidas en la póliza.

PRIMA

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

SINIESTRO

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

SOBREPRIMA

Es una prima complementaria que se establece, mediante pacto expreso reflejado en las condiciones particulares de la póliza, con el fin de asumir un riesgo adicional que no sería objeto de cobertura asegurada si no existiera dicho pacto.

TOMADOR DEL SEGURO

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

TÉRMINOS SANITARIOS

ASISTENCIA SANITARIA

Acto de atender o cuidar la salud de una persona.

ASISTENCIA SANITARIA HOSPITALARIA / CON HOSPITALIZACIÓN EN RÉGIMEN DE INGRESO

Es la asistencia prestada en un centro médico u hospitalario en régimen de internamiento, con registro de entrada y permanencia del Asegurado como paciente, con una pernocta al menos, para el tratamiento médico, diagnóstico, quirúrgico o terapéutico del mismo.

ASISTENCIA SANITARIA EN RÉGIMEN DE HOSPITAL DE DÍA

Es la asistencia médica, diagnóstica, quirúrgica o terapéutica prestada en un centro médico u hospitalario que requiere cuidados poco intensivos y de corta duración por lo que no precisa que el paciente pernocte en el centro.

En caso de un tratamiento quirúrgico en régimen de hospital de día, este tratamiento se realiza en quirófano, con anestesia general, local, regional o sedación, que requiere de cuidados postoperatorios poco intensivos y de corta duración por lo que no precisa la pernocta del paciente en el centro.

ASISTENCIA AMBULATORIA / EN RÉGIMEN AMBULANTE

Es la asistencia médica, diagnóstica, quirúrgica o terapéutica prestada en el hospital que no suponga hospitalización en régimen de ingreso u hospital de día.

En caso de un tratamiento quirúrgico en régimen ambulatorio, éste se realiza en consulta, sobre tejidos superficiales y precisa generalmente anestesia local.

ASISTENCIA POR MOTIVOS DE TIPO SOCIAL

El ingreso médico se convierte en ingreso social cuando un paciente con deterioro funcional o afectado por procesos crónicos y/o patologías asociadas al envejecimiento ha superado la fase aguda de su enfermedad, y precisa cuidados sanitarios pero no en régimen de ingreso hospitalario.

CITOSTÁTICO

Medicamento citotóxico que se emplea en quimioterapia oncológica y que es capaz de detener el desarrollo del cáncer actuando directamente sobre la integridad de las cadenas de ácido desoxirribonucleico (ADN) y la mitosis celular, inhibiendo la multiplicación celular normal, tanto de las células sanas como de las tumorales. Son un conjunto de sustancias heterogéneas que se emplean en el tratamiento antineoplásico.

CONSULTA

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

DIAGNÓSTICO

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

ENFERMERO

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

ENFERMEDAD

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

ENFERMEDAD CONGÉNITA

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

FÓRMULA MAGISTRAL

La fórmula magistral es el medicamento destinado a un paciente individualizado,

preparado por un farmacéutico, o bajo su dirección, y que es dispensado tanto en las oficinas de farmacia como en los servicios farmacéuticos hospitalarios. Este tipo de medicamento debe estar prescrito por un profesional sanitario que debe detallar los principios activos que incluye.

GUÍA ORIENTADORA DE MÉDICOS Y SERVICIOS

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

HABITACIÓN CONVENCIONAL

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

HOSPITAL

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

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

Los centros, servicios y establecimientos, de cualquier titularidad, autorizados por las administraciones sanitarias de las comunidades autónomas y ciudades con Estatuto de Autonomía aparecen recogidos en el **Registro General de centros,**

servicios y establecimientos sanitarios, del Ministerio de Sanidad. En caso de centros, servicios y establecimientos, de cualquier titularidad fuera del territorio nacional deben aparecer acreditados como establecimiento sanitario según la legislación de cada país.

INTERVENCIÓN

Acción de someter a una persona con una enfermedad, al control o examen necesario, con las pruebas pertinentes, ya sean con efectos de diagnóstico o terapéutico, referentes a los síntomas o alteraciones referidos en la consulta del profesional sanitario. Existen diferentes tipos de intervenciones: quirúrgicas, terapéuticas, diagnósticas. Deben ser efectuadas en todo caso por un médico especialista competente en un centro autorizado (hospitalario o extra hospitalario) y que requiere normalmente la utilización de una sala específica dotada del equipamiento necesario.

LESIÓN

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

MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS

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

MATERIAL ORTOPÉDICO

Piezas anatómicas externas de cualquier naturaleza utilizadas para prevenir o corregir las deformidades del cuerpo, como por ejemplo corsés, arneses o muletas.

MEDICAMENTO

Toda sustancia o combinación de sustancias que se presente como poseedora de propiedades para el tratamiento o prevención de enfermedades en seres humanos, o que pueda usarse, o administrarse a seres humanos con el fin de restaurar, corregir o modificar las funciones fisiológicas ejerciendo una acción farmacológica, inmunológica o metabólica, o de establecer un diagnóstico médico.

La cobertura por parte de la aseguradora estará supeditada a la prescripción de la terapia más eficiente disponible en el momento, por principio activo y utilizando siempre el fármaco genérico o biosimilar si este estuviera autorizado por la Agencia Española del Medicamento y comercializado en España.

RADIOFÁRMACOS: Son medicamentos que contienen una pequeña cantidad de principio activo, conocido como "trazador", que se marca con un radionúclido haciendo que emitan una dosis de radiación que se emplea tanto con fines diagnósticos como terapéuticos.

MÉDICO

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

MÉTODO TERAPÉUTICO COMPLEJO

Se define como método terapéutico complejo todo aquel que precisa para su realización un medio sanitario u hospitalario con equipamiento tecnológico, sala y/o profesional sanitario especializados.

Asimismo, en los invasivos la infraestructura sanitaria donde es llevado a cabo debe contar con personal y equipamiento suficientes para hacer frente a cualquier complicación que pueda sufrir el paciente como consecuencia directa o indirecta del mismo.

Indicar a título de ejemplo que estarían comprendidos todos los procedimientos de litotricia, radioterapia, quimioterapia, radiología intervencionista, hemodinamia, rehabilitación del lenguaje, endoscopia, aquellos procedimientos cubiertos que precisen láser, ondas de choque.

MÉTODO TERAPÉUTICO SIMPLE

Se define como método terapéutico simple toda aquel prescrito por un médico del cuadro durante el acto de la consulta y para cuya realización no se precisa de un equipo de alta complejidad ni de personal médico, es realizado por personal sanitario no médico. Dentro de este epígrafe estarían incluidos las

curas, los inyectables, algunos tipos de fisioterapia,...

RECIÉN NACIDO

Persona en la etapa de la vida que se extiende durante las cuatro primeras semanas desde su nacimiento.

PARTO

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

PATOLOGÍA ORGÁNICA

Lesión estructural en tejidos u órganos del cuerpo humano

PRÓTESIS

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

PRUEBA DIAGNÓSTICA BÁSICA

Es aquella prueba fundamental para poder realizar el diagnóstico de una patología, independientemente de que esta prueba sea simple o compleja (ej: sangre oculta en heces, citología ginecológica, colonoscopia,....).

PRUEBA DIAGNÓSTICA COMPLEJA

Se define como prueba diagnóstica compleja toda aquella prueba que precisa para su realización un medio sanitario u hospitalario con equipamiento tecnológico y profesional sanitario especializado y/o para la interpretación de los resultados por su complejidad. Asimismo la infraestructura sanitaria donde es llevada a cabo debe contar

con personal y equipamiento suficientes para hacer frente a cualquier complicación que pueda sufrir el paciente como consecuencia directa o indirecta de la realización de dicha prueba. Indicar a título de ejemplo que estarían incluidas todas las pruebas: TAC, resonancia, ecografía, neurofisiología, medicina nuclear, genética, biología molecular, endoscopia, hemodinamia, radiología intervencionista, etc.

PRUEBA DIAGNÓSTICA SIMPLE

Se define como prueba diagnóstica simple toda aquella prueba prescrita por un médico del cuadro durante el acto de la consulta y para cuya realización no se precise de equipo de alta complejidad ni interpretación específica por un especialista. Dentro de este epígrafe estarían incluidas la analítica simple de sangre y orina y la radiología simple.

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.

SERVICIOS A DOMICILIO

Visita en el domicilio del Asegurado y a solicitud del Asegurado por parte de médico de familia, pediatra/puericultor o enfermero, en aquellos casos en que el Asegurado se encuentre, por razón de su enfermedad, incapacitado para trasladarse al consultorio, siempre que la Entidad Aseguradora tenga concertada la prestación de este servicio en dicho lugar.

SERVICIOS DE ASISTENCIA URGENTE

Asistencia en caso justificado tanto en el domicilio del Asegurado, como en cualquier otro lugar del territorio nacional donde se encuentre el Asegurado, siempre que la Entidad Aseguradora tenga concertada la prestación de este servicio en dicho lugar. El servicio será prestado por médico de familia y/o enfermero.

TRATAMIENTO

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

URGENCIA

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

URGENCIA VITAL / EMERGENCIA MÉDICA

Es aquella situación clínica que requiere atención médica inmediata, dado que un retraso en la misma puede derivar un compromiso vital o daño irreparable en la integridad física del paciente que pueda suponer la pérdida o deterioro significativo de una función, miembro, órgano del cuerpo de la misma.

Cláusula I: Objeto del seguro

La Entidad Aseguradora ha diseñado un producto asegurador específicamente dirigido a personas con más de 60 años que cuenta con unas coberturas adaptadas a sus necesidades.

Dentro de los límites y condiciones estipuladas en la Póliza, y previo pago por el Tomador del seguro de la prima correspondiente, copagos y franquicias que en su caso corresponda, la Entidad Aseguradora pone a disposición de sus asegurados, un amplio cuadro concertado de profesionales, para la realización de consultas médicas, pruebas diagnóstica y métodos terapéuticos simples, según la práctica médica habitual, en aquellas especialidades y modalidades comprendidas en la cobertura de esta Póliza, asumiendo su coste mediante el pago directo a los profesionales o centros concertados que hubieren realizado la prestación asegurada. Igualmente, es objeto de cobertura asegurada determinados servicios a domicilio y cobertura digital. **En todo caso, dichas prestaciones son realizadas por aquellos profesionales y centros médicos y hospitales que cumplen con todos los requisitos legales para el desarrollo de su actividad profesional en el territorio nacional y dentro de su respectiva especialidad definido según el plan de formación aceptado según el organismo competente en la actividad correspondiente.** En todo caso, las coberturas aseguradas por esta póliza se prestarán exclusivamente en el Estado Español.

Cláusula II: Coberturas

Las prestaciones que son objeto de esta póliza están condicionadas al cumplimiento de los periodos de carencia indicados más adelante.

COBERTURAS PRINCIPALES DE LA PÓLIZA

La acreditación de los actos y servicios correspondientes a una especialidad médica, es decir los servicios que puede realizar un profesional sanitario de dicha especialidad, está basada en la Clasificación Terminológica y Codificación de Actos y Técnicas Médicas (Nomenclátor) de la Organización Médica Colegial de España.

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

1. Asistencia primaria

Quedan cubiertas las consultas, pruebas diagnósticas y métodos terapéuticos simples de las siguientes especialidades:

1.1. Medicina Familiar

Comprende la asistencia médica en consulta, indicación y prescripción de las pruebas y medios diagnósticos básicos (analítica y radiología general), durante los días y horas establecidos al efecto por el facultativo, y la asistencia médica a domicilio cuando por motivos que dependan sólo de la enfermedad que aqueje al Asegurado se encuentre impedido para trasladarse a la consulta del médico.

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

1.2. Pediatría y Puericultura

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

1.3. Servicio de Enfermería

Comprende la asistencia en consulta y a domicilio.

2. Urgencias

Comprende la asistencia sanitaria de las consultas, pruebas diagnósticas y métodos terapéuticos simples que puedan ser requeridos por el Asegurado 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 atenderá al Asegurado, en el lugar donde se encuentre, por los servicios permanentes de guardia, **únicamente en aquellas poblaciones en las que la Entidad Aseguradora tenga concertada la prestación de dicho servicio.**

Sanitas 24 horas

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

3. Especialidades médicas

Quedan cubiertas las consultas, pruebas diagnósticas y métodos terapéuticos simples de las siguientes especialidades:

3.1. Alergología

Incluye la determinación de IgE específica frente a alérgenos completos (extractos naturales) incluyendo recombinantes. **No es objeto de cobertura el IgG4, el test cualitativo de anticuerpos IgE y el diagnóstico molecular de la alergia (microarrays).**

3.2. Análisis Clínicos

3.3. Anatomía Patológica

Quedan excluidas las dianas terapéuticas.

3.4. Anestesiología

3.5. Angiología y cirugía vascular

3.6. Aparato Digestivo

3.7. Cardiología

3.8. Cirugía Cardiovascular

3.9. Cirugía General y del Aparato Digestivo

3.10. Cirugía Maxilofacial

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

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

3.11. Cirugía Ortopédica y Traumatología

3.12. Cirugía Pediátrica

3.13. Cirugía Reparadora

3.14. Cirugía Torácica

3.15. Dermatología

3.16. Endocrinología

3.17. Geriátrica

3.18. Ginecología y Obstetricia

Incluye para el diagnóstico de la infertilidad y esterilidad **exclusivamente las siguientes pruebas: determinaciones analíticas hormonales basales (excepto hormona antimulleriana), ecografía,**

histerosalpingografía e histeroscopia, solamente hasta el diagnóstico, es decir, una vez empiece el tratamiento no se cubrirá ningún servicio más relacionado con el mismo.

Incluye las siguientes pruebas genéticas:

- Cariotipo
- factor V Leiden y mutación 20210 del gen de la protrombina, precisando estas dos determinaciones autorización previa de la Entidad Aseguradora tras valoración de informe médico, siendo objeto de cobertura cuando hay antecedentes personales de abortos de repetición y/o de procesos tromboembólicos.

Cualquier otra prueba genética distinta de las ya mencionadas, estará excluida.

Incluye la realización de tomosíntesis de mama.

Incluye el estudio del DNA circulante en plasma materno (test de cribado prenatal no invasivo) para el cribado de trisomías fetales (13, 18, 21 y cromosomas sexuales) cuando el índice de riesgo del cribado combinado del primer trimestre esté entre 1/50 y 1/250 y la gestante se encuentre entre la 10ª y 18ª semana de gestación. Requiere autorización previa de la Entidad Aseguradora tras valoración de informe médico.

La Asegurada también podrá acceder al plan de recuperación del suelo pélvico a través del programa telefónico (917 522 904), proporcionado exclusivamente por nuestra plataforma telefónica especializada Sanitas Responde, formada por un equipo multidisciplinar, para recuperar el tono muscular apropiado y prevenir o tratar disfunciones o patologías secundarias.

3.19. Hematología y Hemoterapia

3.20. Medicina Interna

3.21. Medicina Nuclear

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

El PET y PET/ TC exclusivamente con el 18-fludeoxiglucosa (18 FDG) son objeto de cobertura:

A) para el diagnóstico, estadificación, monitorización de la respuesta al tratamiento y detección en caso razonable de recidiva en procesos oncológicos y

B) para las siguientes indicaciones no oncológicas (autorizadas por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios en la ficha técnica de 18-fludeoxiglucosa (18 FDG)):

b.1- Cardiología

- Evaluación de la viabilidad miocárdica en pacientes con disfunción grave del ventrículo izquierdo y que son candidatos a revascularización, sólo cuando las técnicas de imagen convencionales no son concluyentes.

b.2- Neurología

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

b.3- Enfermedades infecciosas o inflamatorias

- Localización de focos anómalos para orientar el diagnóstico etiológico en caso de fiebre idiopática.

Diagnóstico de infección en caso de:

- Presunta infección crónica de huesos o de las estructuras adyacentes: osteomielitis, espondilitis, discitis u osteítis, incluso cuando existen implantes metálicos
- Pacientes diabéticos con un pie indicativo de neuroartropatía de Charcot, osteomielitis o una infección de tejidos blandos
- Prótesis de cadera dolorosa
- Prótesis vascular
- Detección de focos metastásicos sépticos en caso de bacteriemia o endocarditis (ver también sección 4.4)

Detección de la extensión de la inflamación en caso de:

- Sarcoidosis
- Enfermedad intestinal inflamatoria

- Vasculitis que afecta a los grandes vasos

Seguimiento del tratamiento:

Equinocosis alveolar irreseccable, en la detección de focos activos del parásito durante el tratamiento médico y tras la suspensión del tratamiento.

Incluye la realización de PET RM **exclusivamente para procesos oncológicos.**

Requiere autorización previa de la Entidad Aseguradora tras valoración de informe médico.

Queda excluido cualquier radiotrazador que no sea 18FDG.

3.22. Nefrología

3.23. Neumología

3.24. Neurocirugía

3.25. Neurofisiología Clínica

3.26. Neurología

3.27. Oftalmología

3.28. Oncología Médica

3.29. Otorrinolaringología

3.30. Psiquiatría

3.31. Radiodiagnóstico-Diagnóstico por Imagen

Comprende las técnicas habituales de diagnóstico. Los medios de contraste serán por cuenta de la Entidad Aseguradora.

3.32. Rehabilitación

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

3.33. Reumatología

3.34. Urología

Incluye la Resonancia Magnética Multiparamétrica de próstata en las siguientes indicaciones:

- Estadificación local, regional o a distancia
- Detección o guía para biopsia diagnóstica ante sospecha de riesgo clínico en los siguientes casos:
 - PSA 4-10 (zona gris) con un ratio (libre/total) inferior a 0,13. Procedería si persiste la elevación tras 3 meses de seguimiento/tratamiento.
 - PSA>10 y/o ratio inferior a 0,13. Implica RNM Multiparamétrica.
- Monitorización terapéutica

Requiere autorización previa de la Entidad Aseguradora tras valoración de informe médico.

Incluye la Biopsia por fusión de próstata **exclusivamente cuando tras la realización de una RM multiparamétrica el resultado es PIRADS 3, PIRADS 4 o PIRADS 5.**

Requiere autorización previa de la Entidad Aseguradora tras valoración de informe médico.

Incluye para el diagnóstico de infertilidad y esterilidad **exclusivamente las siguientes pruebas: determinaciones hormonales basales, seminograma básico y cultivos bacteriológicos de semen. Solamente hasta el diagnóstico, es decir, una vez empiece el tratamiento no se cubrirá ningún servicio más relacionado con el mismo.**

4. Otros servicios asistenciales

Quedan cubiertas las consultas, pruebas diagnósticas básicas y métodos terapéuticos simples de los siguientes servicios:

4.1. Ambulancia

No se cubren los servicios de ambulancia en ninguna circunstancia.

4.2. Fisioterapia

Está comprendida únicamente con carácter ambulatorio y **exclusivamente para las afecciones de origen en el aparato locomotor**, considerando como tales exclusivamente aquellas estructuras del cuerpo humano que realizan la función de locomoción o desplazamiento, no aquellas por tanto como la articulación temporo-mandibular o la pared/musculatura abdominal que no realizan dicha función, y siempre que no se trate de un proceso crónico (más de 6 meses de evolución) o degenerativo, hasta la mayor recuperación funcional posible del paciente, determinada por su médico rehabilitador y realizada por fisioterapeutas titulados y colegiados.

Incluye la rehabilitación de suelo pélvico **exclusivamente con los criterios recogidos en el apartado de Ginecología.**

Queda excluida la rehabilitación de origen neurológico, la atención temprana, la terapia ocupacional, rehabilitación cardíaca en régimen ambulatorio, rehabilitación respiratoria, rehabilitación de la articulación temporomandibular, la rehabilitación vestibular, rehabilitación en medios acuáticos, rehabilitación oftalmológica o aquellas que usen equipamiento robótico.

Quedan excluidos los tratamientos de fisioterapia y rehabilitación cuando hayan conseguido la recuperación funcional, o el máximo posible de ésta, o cuando se convierta en terapia de mantenimiento, así como la rehabilitación neuropsicológica o estimulación cognitiva.

4.3. Logopedia y foniatría

Requiere siempre autorización previa de la Entidad Aseguradora tras valoración de informe médico y debe estar prescrita por un especialista en otorrinolaringología (en caso de procesos orgánicos de laringe y

cuerdas vocales) o un neurólogo (en caso de accidente cerebrovascular agudo).

Se cubren hasta un máximo de **80 sesiones al año por asegurado.**

Está cubierta exclusivamente:

– **En relación con procesos orgánicos referidos a laringe y cuerdas vocales:**

1. Inflamación: edemas
2. Tumores:
 - a) Benignos: nódulos, pólipos.
 - b) Malignos: cáncer de laringe (con afectación parcial o total)
3. Alteraciones de las propias cuerdas vocales:
 - a) Parexias (disminución del movimiento de la(s) cuerda(s) porque o el músculo o el nervio están lesionados)
 - b) Parálisis de cuerda (ausencia de movimiento de la(s) cuerda(s) porque o el músculo o el nervio están lesionados)
4. Malformaciones congénitas

Es objeto de cobertura asegurada **exclusivamente la terapia reeducativa y la reeducación del lenguaje para procesos derivados de accidente cerebro vascular agudo.**

4.4. Nutrición

El acceso a esta especialidad tendrá que ser **prescrito por especialistas en endocrinología, oncología, medicina interna, geriatría, pediatría, digestivo o ginecología y obstetricia autorizados por la Entidad Aseguradora.** Se cubre cuando existe una **patología médica (pacientes oncológicos, diabetes, problemas de obesidad con IMC>30 o trastorno alimentario severo).**

4.5. Odontología

Comprende únicamente consultas, extracciones simples de piezas dentales (pieza simple, cordales, piezas incluidas y restos radiculares), curas estomatológicas derivadas de éstas y limpiezas de boca,

realizados en consulta y 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.

4.6. Podología (exclusivamente Quiropodia)

Se cubre exclusivamente quiropodia entendiéndose como tal el tratamiento para la eliminación de callosidades y alteraciones en las uñas de los pies practicado por un podólogo.

Limitado a 12 sesiones como máximo del tratamiento por Asegurado y anualidad del seguro.

4.7. Psicología

Comprende la atención psicológica de carácter individual prescrita por Psiquiatras, Médicos Asesores de Salud Familiar, Pediatras u Oncólogos Médicos y cuya finalidad sea el tratamiento de patologías susceptibles de intervención psicológica.

Los test psicométricos, serán por cuenta del Asegurado.

Comprende hasta un máximo de 15 sesiones por asegurado y anualidad del seguro.

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

4.8. Terapias respiratorias domiciliarias

Comprende exclusivamente los siguientes tratamientos:

a) Oxigenoterapia: líquida, con concentrador y gaseosa.

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

Excluye el concentrador de oxígeno portátil.

b) Generación de presión positiva en la vía aérea con CPAP para tratamiento del Síndrome de Apnea-Hipopnea del Sueño. **Por lo tanto, no es objeto de cobertura el autoCPAP para este tratamiento.**

c) Ventiloterapia parcial con BIPAP y Aerosolterapia.

4.9. Tratamiento del Dolor

Se cubren exclusivamente las pruebas diagnósticas. **No quedaran cubiertos en ningún caso los métodos terapéuticos.**

COBERTURAS ADICIONALES DE LA PÓLIZA



Cobertura programa senior

1. OBJETO DE LA COBERTURA

Este servicio tiene como objetivo facilitar al Asegurado que lo contrate información, orientación y atención profesional y personalizada en materia de salud a través de medios telemáticos (principalmente vía telefónica, correo electrónico, correo ordinario y web), con el objetivo de realizar asesoría de salud en aspectos propios de su franja de edad.

Descripción del servicio:

- Servicio ofrecido por asesores personales de salud.
- Los objetivos y los planes de acción con cada Asegurado serán individualizados y se consensuarán conjuntamente con el mismo.
- Servicio prestado a través de medios telemáticos, sin límite de llamadas.
- El servicio es personal e intransferible.
- El horario de atención es de lunes a viernes de 9h a 22h y sábados de 9h a 16h.
- El motivo del servicio (o garantía) es ofrecer un programa personalizado de salud, llevado a cabo por profesionales sanitarios, mediante el cual el Asegurado entienda, prevenga y mejore su salud a través llamadas de seguimiento.
- El servicio será prestado por Sanitas Emisión S.L., empresa del grupo Sanitas.

Procedimiento:

- El Asegurado deberá llamar al teléfono habilitado para dar de alta el servicio (900 906 211).
- Un asesor personal de salud realizará una valoración de salud del Asegurado y diseñará el plan de acción.
- Se programará con el Asegurado la periodicidad de las llamadas de seguimiento, que efectuará el asesor personal de salud.
- El Asegurado podrá llamar siempre que lo desee y dentro del horario establecido.

2. RIESGOS EXCLUIDOS

Quedan excluidos de cobertura:

- Consultas o atenciones efectuadas con carácter presencial.
- El objeto de esta garantía no comprende el diagnóstico de enfermedades ni la prescripción de pruebas diagnósticas ni tratamientos médicos.

Cobertura 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 pueda requerir de nuevas pruebas diagnósticas o medidas terapéuticas, y con un mal pronóstico a priori. Esta segunda opinión será emitida mediante informe médico por especialistas, centros asistenciales, médicos o académicos de primer nivel, en cualquier país del mundo, designados por la Entidad Aseguradora.

Para utilizar este servicio, el Asegurado podrá contactar en el teléfono 93 25 40 538 donde se le explicará el procedimiento a seguir y la documentación a remitir, que comprenderá información médica escrita, radiografías u otros diagnósticos por imagen realizados excluyendo cualquier envío de material biológico o sintético. El expediente se hará llegar, con la debida confidencialidad, al especialista o centro correspondiente según la enfermedad de que se trate.

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

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

Durante todo este proceso el Asegurado tendrá asignado un médico consultor,

responsable de gestionar el caso y asesorar al paciente.

Están excluidas de este servicio las enfermedades de carácter agudo o que precisen una respuesta urgente.

No estarán cubiertas por la entidad las consultas, pruebas o tratamientos que no se realicen de acuerdo a las normas o coberturas de la póliza de asistencia sanitaria.

Servicios A Domicilio Sabadell Más 60

1.OBJETO DE LA COBERTURA

Servicios A Domicilio Sabadell Más 60 es una cobertura complementaria a la póliza de asistencia sanitaria cuyas garantías se encontrarán cubiertas cuando el Asegurado requiera de una hospitalización de más de 48 horas, o se encuentre inmovilizado en su domicilio por convalecencia habiéndose expedido baja médica, informe médico o documento similar certificado de más de 5 días, salvo otra indicación expresa en la descripción de las garantías.

Si en el mismo año ocurriera un nuevo Accidente o Enfermedad, el Asegurado tendrá derecho a disponer de los servicios indicados en este Anexo, hasta el límite anual máximo indicado en cada caso.

2.TERRITORIALIDAD

Las garantías de Servicios A Domicilio Sabadell Más 60 serán de aplicación en el territorio español para Asegurados con domicilio en el mismo, aunque el accidente o enfermedad se hubiese producido fuera de España. En todo caso, la prestación de los servicios cubiertos en las garantías descritas a continuación serán de aplicación exclusiva en España.

3.UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS

Para la utilización de los servicios, el Asegurado debe estar al corriente de sus obligaciones en lo referente al pago de la prima. Los servicios serán prestados a través de la entidad prestadora que la Entidad Aseguradora designe. El Asegurado deberá contactar con dicha entidad en el teléfono 91 353 63 48 en el menor plazo posible desde el conocimiento de la situación de hospitalización, inmovilización o fallecimiento.

4.GARANTIAS INCLUIDAS

La Entidad Aseguradora prestará al asegurado las siguientes garantías:

Auxiliar a domicilio

Envío de un auxiliar de ayuda a domicilio para ayudar al Asegurado con las tareas básicas del domicilio (limpieza, lavado y planchado, preparación de comidas, etc) hasta un máximo de 30 horas a razón de un mínimo de 2 horas continuas por día contando desde el primer día. Estas horas serán distribuidas durante un periodo máximo de 1 mes.

El número de horas de la prestación se asignará en base a una valoración objetiva del grado de autonomía del solicitante, valorándose aspectos tales como el tiempo efectivo de inmovilización o la incapacidad para desarrollar las labores básicas, la gravedad de las lesiones del Asegurado o el número de miembros dependientes en la unidad familiar.

En todo caso, pero especialmente, en caso de inconformidad del Asegurado con el número de horas de auxiliar a domicilio, o al objeto de prevenir el fraude, el prestador se reserva el derecho de solicitar al Asegurado el informe y pruebas médicas que se le hayan realizado, las cuales serán valoradas por un equipo médico, quien determinará y valorará el grado de incapacidad del Asegurado y, en consecuencia, las horas de auxiliar a domicilio necesarias.

La garantía de Auxiliar a domicilio no es acumulable en el caso de que existan varios lesionados o inmovilizados en el domicilio dentro de la misma unidad familiar.

Asistencia personal

Envío de un auxiliar de asistencia personal, para la atención al Asegurado, al margen de las tareas domésticas, cuando éste precise de cuidados de carácter personal, **hasta un máximo de 30 horas a razón de un mínimo de 2 horas continuadas por día contando desde el primer día.**

A modo enunciativo, las prestaciones contenidas en esta garantía son:

- Apoyo en la higiene, arreglo personal, ducha y/o baño
- Ayuda personal para el vestido, calzado y la alimentación
- Transferencias, traslados y movilización dentro del hogar
- Ayuda para la ingestión de alimentos
- Ayuda en la toma de medicación prescrita por el centro de salud
- Cuidados básicos a personas incontinentes
- Fomento de hábitos de higiene y orden

En ningún caso, esta Garantía deberá entenderse como prestaciones de personal sanitario en el domicilio tales como Enfermería, Especialidades Médicas, Fisioterapia, Rehabilitación, Ergoterapia, etc.

El número de horas de la prestación se asignará en base a una valoración objetiva del grado de autonomía del solicitante, valorándose aspectos tales como el tiempo efectivo de inmovilización o la incapacitación para desarrollar las labores básicas, la gravedad de las lesiones del cliente o el número de miembros dependientes en la unidad familiar.

En todo caso el prestador se reserva el derecho de solicitar al cliente el informe y pruebas médicas que se le hayan

realizado. Estas horas serán distribuidas durante un periodo máximo de un mes.

La presente garantía debe entenderse como garantía complementaria al número 1, no siendo acumulables las horas de prestación de cada una de las garantías.

Cuidado de los animales domésticos de compañía (perros y gatos) en residencia

Cuando se produzca la inmovilización domiciliaria del Asegurado o su hospitalización según el hecho generador general y éste no pueda ocuparse de sus animales de compañía, Sanitas organizará y asumirá el cuidado de los animales domésticos de compañía (perros y gatos) en una residencia, por un máximo de 30 días por siniestro y un coste máximo de 2000€/año; ambos límites, globales para todos los siniestros declarados en el año y todos los animales:

- Transporte hasta la residencia y vuelta a su domicilio habitual
- Alojamiento.
- Alimentos.
- Baño antes de la salida de la residencia canina.
- Gastos veterinarios con un límite independiente de las anteriores de hasta 300€ en caso de urgencia médica (para perros y gatos)

El plazo máximo para la tramitación de la solicitud del servicio será de 72h de lunes a viernes (excluyendo festivos): en dicho plazo Sanitas indicará al Asegurado la fecha de inicio del servicio.

Acompañamiento a cita médica

Envío de un auxiliar que acompañará al Asegurado a sus citas médicas en un radio de 20 km desde su domicilio. Para ello, el prestador pondrá a su disposición un servicio de taxi para la ida y la vuelta. Este servicio será distribuido hasta un máximo de 5 veces por anualidad. El plazo máximo para la tramitación de la solicitud del

servicio será de 48h de lunes a viernes (excluyendo festivos), a contar desde que se recibe la notificación del mismo.

Envío de medicamentos

La Entidad Aseguradora, se encargará de buscar los medicamentos y de su envío hasta el lugar en que se hallara el asegurado. El Asegurado puede solicitar este servicio en el área reservada al cliente denominada "MI SANITAS" a la que puede acceder a través del sitio web www.sanitas.es y enviar la receta médica que previamente le haya remitido el facultativo de la Entidad Aseguradora por medios electrónicos. También podrá solicitar este servicio llamando al teléfono 91 353 63 48. En ese caso el proveedor designado por la Entidad Aseguradora para prestar este servicio retirará la receta médica original en el domicilio del Asegurado. El coste del medicamento queda excluido de la prestación y tendrá que ser abonado por el asegurado a la entrega del mismo.

La Entidad Aseguradora no se responsabiliza de la demora en la misma ni del estado del medicamento por causas no imputables al mismo. Tampoco garantiza la efectividad del servicio en caso de que no sea posible su prestación por cualquier causa o se ejecute de manera distinta a la prevista. Quedando excluido de responsabilidad aquellos supuestos de demora en la entrega o defectos en el estado del medicamento que no sean directamente imputables a la empresa que la Entidad Aseguradora haya contratado para la prestación del servicio. No se contempla el traslado de medicamentos termolábiles. El asegurado dispone de 6 servicios al año de libre disposición. El plazo máximo para prestar el servicio desde que se recibe notificación del mismo será de 3 horas.

Peluquería a domicilio

Envío y coste de un peluquero a domicilio hasta un máximo de 3 veces por año cuando se encuentre inmovilizado en el

mismo a causa de enfermedad o accidente. Para la solicitud de esta prestación el cliente deberá demostrar la necesidad de inmovilización domiciliaria indicada en el hecho generador descrito en "Objeto del seguro".

Profesionales a domicilio

Envío y coste de uno de los siguientes profesionales, si estas terapias han sido prescritas por un médico a consecuencia de accidente o enfermedad que haya supuesto hospitalización superior a 48 horas o inmovilización domiciliaria superior a 5 días. **El límite conjunto para todas las prestaciones es de 10 sesiones/año.**

1. Fisioterapia a domicilio

Envío y coste de un fisioterapeuta general a domicilio para las terapias que hayan sido prescritas por su médico a consecuencia de un accidente o enfermedad **hasta el máximo establecido en el apartado "Profesionales a Domicilio"**. En todo caso la Entidad Aseguradora se reserva el derecho de solicitar al Asegurado la prescripción médica, el informe y pruebas médicas que se le hayan realizado. La prescripción tiene una validez máxima de 3 meses. Los tratamientos han de ser continuados, no trascurriendo más de un mes entre una sesión y la siguiente. Para anular una sesión es necesario un preaviso de 24 horas.

2. Enfermería a domicilio

Envío de un profesional de la enfermería a domicilio para la realización de curas al asegurado como consecuencia de un accidente o enfermedad que le mantenga inmovilizado durante más de 5 días en su domicilio. Será necesaria presentar prescripción del tratamiento por un médico, describiendo las prestaciones a realizar. El plazo de puesta en marcha será de 48/72h, no siendo este un servicio de urgencias.

El alcance de esta Cobertura se limita al servicio profesional de enfermería descrito a continuación, no incluyendo la medicación ni el material que resulte necesario para prestar el servicio que deberá ser proporcionado por el Asegurado.

Los Servicios prestados por el Profesional de Enfermería son los siguientes:

- Inyectables (Insulinas, inyección intramuscular, vacunación, etc.);
- Toma y seguimiento de constantes;
- Administración de medicación;
- Curas en la eliminación (enemas, sondas vesicales, ostomías);
- Colostomía: Cuidados y cambios de bolsa
- Curas (heridas, contusiones, úlceras por presión)
- Atención al final de la vida
- Cuidados postoperatorios
- Control de glucemia;
- Seguimiento y control del paciente diabético;
- Seguimiento y control del paciente con hipertensión arterial

El Profesional de Enfermería llevará a cabo los servicios objeto de la Cobertura y conforme a las prescripciones médicas que le hayan sido facilitadas al Asegurado y que éste deberá facilitar. **Se limita a número de servicios de enfermería por asegurado y año indicados en el apartado "Profesionales a Domicilio".**

3. Podología a domicilio

Envío de un podólogo a domicilio **hasta el máximo establecido en el apartado "Profesionales a Domicilio" por año de vigencia de la póliza.** Para la solicitud de esta prestación el cliente deberá demostrar la necesidad de inmovilización domiciliaria indicada en el hecho generador descrito en "Objeto del seguro". **Se excluye estudio de pisada.**

5. EXCLUSIONES GENERALES

Quedan excluidos de las garantías aseguradas los daños, situaciones, gastos y consecuencias derivadas de:

5.1. Las intervenciones quirúrgicas y tratamientos médicos demandados por el Asegurado exclusivamente por razones estéticas, siempre que no se deban a secuelas de accidente, así como las lesiones o enfermedades causadas voluntariamente por el Asegurado.

5.2. Las producidas cuando el Asegurado se encuentre bajo la influencia del alcohol o en estado de embriaguez.

5.3. Los producidos por el consumo de drogas tóxicas o estupefacientes no prescritos médicamente.

5.4. Los siniestros ocurridos directa o indirectamente como consecuencia de una enfermedad anterior a la suscripción del seguro, conforme a nuestro condicionado.

5.5. Los provocados voluntariamente por el Asegurado.

5.6. La tentativa de suicidio ocurrido durante el primer año de la adhesión al seguro.

5.7. Los que resulten de la práctica profesional de algún deporte.

5.8. Los que se produzcan por reacción o radiación nuclear o contaminación radioactiva.

5.9. Los siguientes siniestros cubiertos por el Consorcio: fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos, inundaciones extraordinarias (incluyendo embates de mar), erupciones volcánicas, tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 135 km/h y los tornados) y caídas de meteoritos. Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto. Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempos de paz.

5.10. La conducta dolosa del Asegurado.

5.11. Los hechos que por su magnitud o gravedad sean calificados de catastróficos.

Ecosistema Digital

Programas de salud

1. OBJETO DE LA COBERTURA

Facilitar al Asegurado información, orientación y atención profesional y personalizada, exclusivamente mediante técnicas de comunicación a distancia (vía telefónica, chat y videoconsulta).

2. ALCANCE DE LA COBERTURA

- Esta cobertura corresponde en exclusiva al Asegurado y es personal e intransferible.
- El servicio de videoconsulta se prestará en aquellos casos en los que la Entidad Aseguradora lo establezca y siempre con cita previa.
- Los servicios objeto de esta cobertura son prestados por Sanitas Emisión S.L., empresa del Grupo Sanitas.
- Si el Asegurado es menor de 18 años la interlocución se efectuará con el representante legal del menor.

3. PROCEDIMIENTO

- El Asegurado podrá solicitar este servicio a través de Mi Sanitas en www.sanitas.es o a través de la App móvil para establecer contacto mediante chat, citación por videoconsulta o en el teléfono 91 752 29 04 dentro del horario establecido.
- Se ofrecerán recomendaciones para cada programa digital, así como resolución de dudas por parte del asesor y seguimiento personalizado de cada Asegurado.
- Los objetivos y planes de acción con cada Asegurado serán individualizados y se consensuarán conjuntamente con el mismo.

- Se programará con el Asegurado la periodicidad y tipo de contactos de seguimiento de cada programa (vía telefónica, chat y videoconsulta).
- El Asegurado también podrá pedir cita con su asesor de salud siempre que lo necesite para tener consulta a través del teléfono, chat o videoconsulta dentro del horario establecido.
- Los servicios objeto de cobertura serán prestados siempre que la presente cobertura y la póliza de la cual forma parte se encuentren en vigor y al corriente de pago de la prima.

4. HORARIO DE ATENCIÓN

El horario de atención es de lunes a viernes de 8.00h a 22.00h, excepto festivos nacionales y locales en Madrid.

5. DURACIÓN

Esta cobertura complementaria entrará en vigor en la fecha expresamente indicada en las condiciones particulares de la póliza y su extinción coincidirá con la fecha de vencimiento de la misma, prorrogándose por anualidades sucesivas en los mismos términos y condiciones establecidos para la garantía principal en las condiciones generales de esta póliza.

6. RIESGOS EXCLUIDOS

Sin perjuicio de las exclusiones establecidas en estas condiciones generales de la póliza serán específicamente aplicables a esta cobertura las siguientes exclusiones:

- **Consultas o atenciones que requieran la presencia física del facultativo.**
- **Diagnóstico de enfermedades o prescripción de pruebas diagnósticas o tratamientos médicos**
- **La atención a cualquier patología congénita o adquirida que a juicio del especialista sea un impedimento para la realización del plan**

- **Las coberturas excluidas en las condiciones generales y particulares de la póliza**

A continuación se detallan los programas disponibles:

Seguimiento de enfermedades crónicas

1.OBJETO DE LA COBERTURA

Facilitar al Asegurado información, orientación y atención profesional y personalizada en materia de enfermedades crónicas, con el objetivo de ayudar al Asegurado en su propósito de atender su enfermedad y mejorar su calidad de vida.

Servicio ofrecido por enfermeros y médicos especializados en patologías crónicas, específicamente designados por la Entidad Aseguradora en cada caso, que trabajan con protocolos médicos y planes de atención específicos en función del perfil y la situación de salud del Asegurado.

Otras ventajas digitales

La Entidad Aseguradora podrá poner a disposición del Asegurado sin coste adicional, coberturas digitales relacionadas con el cuidado de la salud adicionales o en sustitución de las que son objeto de esta póliza. El alcance de cobertura asegurada de las mismas con sus límites y exclusiones constará reflejada en el área privada Mi Sanitas en www.sanitas.es o a través de la app móvil debiendo los asegurados proceder a la aceptación de dichas condiciones con anterioridad a su utilización.

Complemento Digital Sabadell Más 60

Programas de salud

1.OBJETO DE LA COBERTURA

Facilitar al Asegurado información, orientación y atención profesional y personalizada, exclusivamente mediante técnicas de comunicación a distancia (vía telefónica, chat y videoconsulta).

2. ALCANCE DE LA COBERTURA

- Esta cobertura corresponde en exclusiva al Asegurado y es personal e intransferible.
- El servicio de videoconsulta se prestará en aquellos casos en los que la Entidad Aseguradora lo establezca y siempre con cita previa.
- Los servicios objeto de esta cobertura son prestados por Sanitas Emisión S.L., empresa del Grupo Sanitas.
- Si el Asegurado es menor de 18 años la interlocución se efectuará con el representante legal del menor.

3. PROCEDIMIENTO

- El Asegurado podrá solicitar este servicio a través de Mi Sanitas en www.sanitas.es o a través de la App móvil para establecer contacto mediante chat, citación por videoconsulta o en el teléfono 91 752 29 04 dentro del horario establecido.
- Se ofrecerán recomendaciones para cada programa digital, así como resolución de dudas por parte del asesor y seguimiento personalizado de cada Asegurado.
- Los objetivos y planes de acción con cada Asegurado serán individualizados y se consensuarán conjuntamente con el mismo.
- Se programará con el Asegurado la periodicidad y tipo de contactos de seguimiento de cada programa (vía telefónica, chat y videoconsulta).
- El Asegurado también podrá pedir cita con su asesor de salud siempre que lo necesite para tener consulta a través del teléfono, chat o videoconsulta dentro del horario establecido.

- Los servicios objeto de cobertura serán prestados siempre que la presente cobertura y la póliza de la cual forma parte se encuentren en vigor y al corriente de pago de la prima.

4. HORARIO DE ATENCIÓN

El horario de atención es de lunes a viernes de 8.00h a 22.00h, excepto festivos nacionales y locales en Madrid.

5. DURACIÓN

Esta cobertura complementaria entrará en vigor en la fecha expresamente indicada en las condiciones particulares de la póliza y su extinción coincidirá con la fecha de vencimiento de la misma, prorrogándose por anualidades sucesivas en los mismos términos y condiciones establecidos para la garantía principal en las condiciones generales de esta póliza.

6. RIESGOS EXCLUIDOS

Sin perjuicio de las exclusiones establecidas en estas condiciones generales de la póliza serán específicamente aplicables a esta cobertura las siguientes exclusiones:

- **Consultas o atenciones que requieran la presencia física del facultativo.**
- **Diagnóstico de enfermedades o prescripción de pruebas diagnósticas o tratamientos médicos**
- **La atención a cualquier patología congénita o adquirida que a juicio del especialista sea un impedimento para la realización del plan**
- **Las coberturas excluidas en las condiciones generales y particulares de la póliza**

A continuación se detallan los programas disponibles:

**Entrenador Personal y
Fisioterapia**

1. OBJETO DE LA COBERTURA

Facilitar al Asegurado información, orientación y atención profesional y personalizada en materia de actividad física con el objetivo de mejorar su condición física.

Servicio ofrecido por fisioterapeutas especializados y entrenadores personales específicamente designados por la Entidad Aseguradora en cada caso, que trabajan con protocolos médicos y planes de atención específicos en función del perfil y la situación de salud del Asegurado.

Este programa permite realizar un seguimiento más visual de los objetivos y el progreso alcanzado a través de la App de Mi Sanitas.

Nutrición

1. OBJETO DE LA COBERTURA

Facilitar al Asegurado información, orientación y atención profesional y personalizada en materia de nutrición para servir de apoyo a la consecución de hábitos alimentarios saludables.

Servicio ofrecido por especialistas titulados en nutrición y dietética que trabajan con protocolos médicos y planes de atención específicos en función del perfil y la situación de salud del Asegurado.

Este programa permite realizar un seguimiento más visual de los objetivos y el progreso alcanzado a través de la App de Mi Sanitas.

2. RIESGOS ESPECÍFICOS EXCLUIDOS

Sin perjuicio de las exclusiones detalladas anteriormente, serán específicamente aplicables a esta cobertura las siguientes exclusiones:

- La atención por los siguientes trastornos: bajo peso (índice de Masa Corporal menor a 17), trastornos de la alimentación (anorexia, bulimia, etc.) o cualquier patología médica/pluripatología sería que el profesional sanitario considere que debe ser seguida en consultas de modo presencial.
- El seguimiento de la obesidad mórbida (índice de Masa Corporal) mayor a 40 o mayor de 35 con comorbilidades asociadas (DBT,HTA, cardiopatía, SAOS...) queda excluido porque se deberá efectuar según el protocolo establecido por la compañía, una vez se confirme que el Asegurado cumple los requisitos establecidos por la Entidad Aseguradora.

Psicología

1. OBJETO DE LA COBERTURA

Facilitar al Asegurado información, orientación y atención profesional y personalizada en materia de psicología, para servir de apoyo a la consecución del bienestar psicológico.

Servicio ofrecido por psicólogos que trabajan con protocolos médicos y planes de atención específicos en función del perfil y la situación de salud del cliente.

2. RIESGOS ESPECÍFICOS EXCLUIDOS

Sin perjuicio de las exclusiones detalladas anteriormente, serán específicamente aplicables a esta cobertura las siguientes exclusiones:

- La atención por los siguientes trastornos: psicóticos, depresión grave, trastornos de la alimentación (anorexia, bulimia, etc) trastornos de la personalidad (esquizoide, evitativo,

dependiente, histriónico, límite, etc); demencias y deterioro cognitivo; obesidad mórbida (este seguimiento se deberá efectuar según el protocolo establecido por la compañía, una vez se confirme que el Asegurado cumple los requisitos establecidos por la Entidad Aseguradora).

Salud Infantil

1. OBJETO DE LA COBERTURA

Facilitar al Asegurado información, orientación y atención profesional y personalizada en relación a la salud y desarrollo de los niños hasta los 14 años con el objetivo de completar la información facilitada por el pediatra en las consultas presenciales así como para solucionar dudas.

Servicio ofrecido por enfermeros pediátricos específicamente designados por la Entidad Aseguradora en cada caso, que trabajan con protocolos médicos y planes de atención específicos en función del perfil y la situación de salud del Asegurado.

Este programa permite realizar un seguimiento más visual de los objetivos y el progreso alcanzado a través de La App de Mi Sanitas.

Cuidado del suelo pélvico

1. OBJETO DE LA COBERTURA

Facilitar al Asegurado información, orientación y atención profesional y personalizada en relación al cuidado y rehabilitación del suelo pélvico con el objetivo de ayudar al Asegurado a prevenir o mejorar los problemas de suelo pélvico.

Servicio ofrecido por fisioterapeutas específicamente designados por la Entidad Aseguradora en cada caso, que trabajan con protocolos médicos y planes de

atención específicos en función del perfil y la situación de salud del Asegurado.

Deshabitación tabáquica

1.OBJETO DE LA COBERTURA

Facilitar al Asegurado información, orientación y atención profesional y personalizada en materia de deshabitación tabáquica con el objetivo de ayudar al Asegurado en su propósito de abandonar o disminuir el hábito del tabaco.

Servicio ofrecido por enfermeros y psicólogos especializados en deshabitación tabáquica específicamente designados por la Entidad Aseguradora en cada caso, que trabajan con protocolos médicos y planes de atención específicos en función del perfil y la situación de salud del Asegurado.

Médico digital - Asistencia primaria

Las prestaciones sanitarias de la especialidad de atención primaria que son objeto de esta póliza podrán ser realizadas a través del servicio de videoconsulta en los términos indicados en el apartado denominado "forma de prestar los servicios" de las presentes Condiciones Generales.

1. Forma de prestar los servicios de servicio de videoconsulta para atención primaria.

Aquellos asegurados que deseen una consulta de atención primaria a través del servicio de videoconsulta deberán:

- Registrarse en el área reservada a los clientes denominada "MI SANITAS" a la cual puede acceder a través del sitio web www.sanitas.es
- A través del servicio de videoconsulta el asegurado no podrá elegir el facultativo

sino que éste será el disponible en el momento en que se solicite la consulta.

- Este servicio no está disponible con todos los facultativos del cuadro médico de este producto sino exclusivamente con aquellos específicamente designados por la Entidad Aseguradora.
- La videoconsulta no sustituye en ningún caso a la consulta presencial sino que sirve exclusivamente como herramienta auxiliar en el proceso de diagnóstico y tratamiento del paciente, motivo por el cual el facultativo puede requerir al asegurado para que acuda a consulta presencial en aquellos casos que lo considere oportuno.

Analítica a domicilio

1. OBJETO DE LA COBERTURA

Reembolso del servicio de analítica a domicilio y desplazamiento del personal del laboratorio al domicilio o lugar donde se encuentre el Asegurado para la realización de la extracción de la muestra a analizar. Tendrá en cobertura la analítica de sangre y orina prescrita por un médico, excepto aquellas determinaciones encaminadas al estudio del mapa genético y las indicadas a continuación y que figuran en el presente condicionado general: todos los procedimientos diagnósticos, quirúrgicos o terapéuticos cuya **seguridad y eficacia clínicas** no estén debidamente contrastadas científicamente o que sean de **aparición nueva, posterior a la firma de la presente póliza**; los procedimientos **no universalizados, ni consolidados en la práctica clínica habitual**, los que hayan quedado **manifiestamente superados** por otros disponibles y los procedimientos de **carácter experimental** o que **no tengan suficientemente probada su contribución eficaz** a la prevención, tratamiento o curación de las enfermedades. Se considera, a efectos de la presente póliza, que un procedimiento diagnóstico, quirúrgico o terapéutico es seguro y eficaz cuando está aprobado por la Agencia Europea del Medicamento y/o

la Agencia Española del Medicamentos y Productos Sanitarios. Asimismo, se considera que un procedimiento se encuentra universalizado y consolidado cuando el mismo se realiza en la práctica clínica habitual en al menos nueve Comunidades Autónomas Españolas de forma generalizada en sus centros hospitalarios públicos, no solo en Hospitales de Referencia.

Alcance de la cobertura:

- El Asegurado podrá elegir cualquier laboratorio legalmente habilitado para realizar la analítica:
 - Si el laboratorio está concertado para la prestación del servicio "Analítica a Domicilio" el Asegurado no tendrá que abonar importe alguno por la prestación del servicio
 - Si el laboratorio no está concertado para la prestación del servicio Analítica a Domicilio el Asegurado abonará el correspondiente importe por la prestación del servicio y podrá solicitar a la Entidad Aseguradora el reembolso de los gastos de desplazamiento incurridos por el personal del laboratorio
- Para solicitar el reembolso, el Asegurado deberá de aportar factura justificativa del pago donde conste debidamente desglosado el importe correspondiente a las determinaciones analíticas y al desplazamiento del personal del laboratorio al lugar acordado con el Asegurado así como cualquier otra documentación que la Entidad Aseguradora considere necesaria para comprobar la procedencia del reembolso bajo la cobertura asegurada.
- Esta cobertura entrará en vigor una vez haya tomado efecto la misma en la fecha expresamente indicada en las correspondientes condiciones particulares y siempre que se encuentre la póliza al corriente de pago.
- El servicio será prestado exclusivamente al Asegurado de alta en la póliza. Cobertura personal e intransferible.

- Se permitirán **dos servicios por Asegurado y anualidad.**
- El ámbito territorial de cobertura es el del Estado Español. Por tanto la ubicación de laboratorio y del Asegurado deben de encontrarse dentro de dicho territorio.

Procedimiento:

- Para solicitar el servicio será imprescindible que el Asegurado disponga de una prescripción médica de una analítica.
- Si el laboratorio no está concertado para la prestación del servicio Analítica a Domicilio el Asegurado abonará el importe correspondiente a la realización del servicio de desplazamiento para la extracción de la muestra.
- El Asegurado solicitará que en la factura se detalle el importe abonado al laboratorio en concepto de las determinaciones analíticas y del desplazamiento si fuera necesario, al ser dichos importes los que son objeto de cobertura asegurada por esta cobertura complementaria de analítica a domicilio. Solicitará el reembolso a la Entidad Aseguradora del porcentaje establecido en las condiciones particulares de su póliza, y hasta el límite de capital Asegurado ya indicado en las mismas.

2. DURACIÓN

Esta cobertura entrará en vigor en la fecha expresamente indicada en las condiciones particulares de la póliza y su extinción coincidirá con la fecha de vencimiento de la misma prorrogándose por anualidades sucesivas en los mismos términos y condiciones establecidos para la garantía principal en las condiciones generales de esta póliza.

3. RIESGOS EXCLUIDOS

Sin perjuicio de las exclusiones establecidas en las condiciones generales de la póliza serán específicamente aplicables a esta cobertura las siguientes exclusiones:

- **No será objeto de cobertura ninguna analítica que no se acompañe de una prescripción realizada por un médico.**
- **Las coberturas excluidas en las condiciones generales y particulares de la póliza**

Reembolso de farmacia

Comprende el reembolso del importe de aquel los medicamentos cuya comercialización se encuentre autorizada por el organismo público competente en la materia, y siempre que sean necesarios para el tratamiento de patologías sufridas por el Asegurado y que sean objeto de cobertura por esta póliza. Se incluyen únicamente las fórmulas magistrales tipificadas y los preparados oficinales detallados en el Formulario Nacional de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS).

Quedan expresamente excluidas las fitoterapias y la parafarmacia.

El reembolso de dicho importe se realizará en el porcentaje establecido en las Condiciones Particulares y hasta el límite del capital por Asegurado y anualidad igualmente indicado en las mismas.

Cláusula III: Coberturas excluidas

Quedan excluidas de todas las coberturas de esta póliza, sin perjuicio de cualquier otra exclusión debidamente resaltada que figure en el condicionado de esta póliza, las asistencias sanitarias derivadas de los riesgos indicados a continuación:

A. Cualquier tipo de asistencia sanitaria prestada en régimen asistencial de hospitalización u hospitalización de día según se definen éstas en el glosario, así como cualquier intervención quirúrgica que se realice en cualquier tipo de régimen asistencial.

B. Cualquier servicio asistencial, prueba diagnóstica o método terapéutico prescrito o realizado por las especialidades médicas o unidades asistenciales de radioterapia, radiología intervencionista o hemodinamia.

C. Todos los métodos terapéuticos de alta tecnología entre las que se encuentran los siguientes, cualquiera que sea la zona del cuerpo a que se refieran, la técnica que se utilice o la especialidad médica por la que se prescriban o realicen: ablación foramen auricular, administración de quimioterapia, angioplastia, cardioversión, cateterismo cardiaco, dilatación de estenosis, dilataciones uretrales, embolizaciones, estudio electrofisiológico, fibrinólisis, hemodiálisis, heparinización, litotricia, trasplante de médula ósea, valvuloplastia.

D. Cualquier otro método terapéutico distinto de los ya mencionados que no sea considerado como básico.

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

- Producidos como consecuencia de guerras civiles, internacionales, actos de carácter terrorista en cualquiera de

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

- Que guarden relación directa o indirecta con radiación nuclear o contaminación radiactiva, así como los que provengan de fenómenos naturales como terremotos, inundaciones, erupciones volcánicas y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos.
- Los derivados de accidentes laborales y profesionales.
- Queda excluido de cobertura asegurada cualquier prestación que guarde relación con accidentes de tráfico, hayan ocurrido en España o en el Extranjero, excepto las necesarias asistencias de carácter urgente o salvo que haya contratado el complemento de accidentes de tráfico.
- Los producidos practicando el Asegurado, como aficionado, deportes de riesgo, como por ejemplo actividades aéreas, pruebas de velocidad con vehículos a motor, submarinismo, esquí fuera de pista o con saltos de trampolín, el bobsleigh, escalada, boxeo, lucha en cualquiera de sus modalidades, toreo y encierro de reses bravas, artes marciales, rugby, quad, espeleología, actividades de navegación o en aguas bravas, rafting, puenting, hidrospeed, barranquismo, paracaidismo, parapente, aerostación, vuelo libre, vuelo sin motor, caza, hípica, o cualquier otra actividad de riesgo análogo, así como los derivados de las competiciones deportivas, incluidos los entrenamientos.

F. La asistencia sanitaria prestada en:

- Centros o servicios de la Seguridad Social o integrados en el Sistema Nacional de Salud. Queda igualmente excluida la Asistencia sanitaria Transfronteriza.

- Centros médicos o clínicas de medicina integrativa ni en general en cualquier centro que no se limite a prestar exclusivamente servicios de medicina convencional entendiendo como tal las prestadas por una profesión de las reguladas por la Ley 44/2003, de 21 de noviembre de ordenación de profesiones sanitarias y se trate de un servicio de los contemplados en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre por el que se Establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Lo anterior con independencia de que dichos servicios sean prestados por facultativos colegiados y en el tratamiento se combinen con servicios que sí estarían contemplados en dicha Ley y que tampoco serían objeto de cobertura asegurada.

Será considerado como Medicinas alternativas, naturopatía, homeopatía, acupuntura, mesoterapia, hidroterapia, presoterapia, ozonoterapia, quiropráctica, o cualquier otra terapia no contemplada entre los servicios objeto del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre por el que se Establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

G. La hospitalización por problemas de tipo social.

H. La asistencia médica y/u hospitalaria prestada al Asegurado por un facultativo o por un miembro de su equipo profesional que sea o haya sido cónyuge o pariente por consanguinidad o afinidad (dentro del 4º grado) del Tomador del Seguro o del Asegurado.

La asistencia médica y/u hospitalaria prestada al Asegurado por un facultativo que mantiene una relación de dependencia con el Asegurado o Tomador del Seguro en virtud de una

relación profesional, laboral o mercantil o que se encuentre ligado con alguno de ellos por cualquier relación de sociedad o intereses.

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

J. Todos aquellos medios, métodos, pruebas, técnicas, o procedimientos diagnósticos, quirúrgicos o terapéuticos (en adelante las "Técnicas") que sean de aparición posterior a la contratación inicial o de cada prórroga anual de la póliza. Esta exclusión sólo se aplicará si la póliza cubre otras Técnicas alternativas a la de nueva aparición, aunque no sean similares, y que no hayan quedado manifiestamente obsoletas, en desuso y superadas por la Técnica de nueva aparición de que se trate.

Igualmente quedan excluidas cualquier Técnicas realizadas dentro de un ensayo clínico o que por su falta de seguridad o eficacia no sean empleadas en la práctica clínica habitual, considerando como tales aquellas que no consten aprobadas por la Agencia Europea del Medicamento y/o la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, así como por las Agencias de Evaluación de las tecnologías Sanitarias dependientes de los servicios de salud de las CCAA o del Ministerio de Sanidad.

También quedan excluidos de cobertura todos aquellos métodos terapéuticos, técnicas quirúrgicas o pruebas diagnósticas que hayan quedado manifiestamente superados por otros disponibles.

Las Técnicas cuya inclusión en la póliza la Entidad Aseguradora comunique al Tomador, quedarán incluidas sólo en los

términos y dentro de los límites de dicha comunicación.

Lo previsto en este apartado se entiende sin perjuicio de las restantes exclusiones contenidas en esta póliza.

K. Cualquier tipo de servicio relacionado con:

- **Patologías o tratamientos no incluidos en la cobertura de la póliza o cualquier otra prestación médica que guarde relación directa con un tratamiento que no haya sido realizado bajo la cobertura asegurada por la póliza al no ser objeto de la misma.**
- **El diagnóstico y tratamientos, inclusive la cirugía, encaminados a solventar la esterilidad o infertilidad en ambos sexos, excepto las pruebas detalladas en el apartado correspondiente de ginecología y urología (fecundación in vitro, inseminación artificial, etc.), o de la impotencia y la disfunción eréctil, incluida la cirugía de cambio de sexo.**
- **La interrupción voluntaria del embarazo.**
- **Cualquier asistencia derivada de la donación de órganos por parte del Asegurado.**
- **Cualquier intervención asistencial sobre el no nacido.**
- **Cualquier técnica asistencial que utilice equipos de cirugía robótica.**
- **Las determinaciones del mapa genético, que tienen como finalidad conocer la predisposición del Asegurado o de su ascendencia o descendencia presente o futura a padecer todas las enfermedades relacionadas con alteraciones genéticas. También quedan expresamente excluidos los mapas genéticos de tumores tipo biopsia líquida y la farmacogenética.**

- **Cualquier tipo de prótesis, material de osteosíntesis, ortopédico y material implantable (internos o externos) así como cualquier asistencia sanitaria relacionada con su colocación, revisión o extracción en/del paciente.**
- **Las intervenciones, infiltraciones y tratamientos, así como cualquier otra intervención que tenga un carácter puramente estético o cosmético. Cualquier tipo de abdominoplastia. 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.**
- **Tratamientos con plasma rico en plaquetas, factores de crecimiento y células madre.**
- **El ácido hialurónico, tanto si está comercializado como medicamento o como producto sanitario.**
- **La terapia educativa y la educación del lenguaje en procesos sin patología orgánica del aparato fonador y la educación especial para enfermos con afección psíquica.**
- **Reconocimientos médicos generales de carácter preventivo, salvo las coberturas mencionadas en las presentes Condiciones Generales.**
- **Medicinas alternativas, naturopatía, homeopatía, acupuntura, mesoterapia, hidroterapia, presoterapia, ozonoterapia, quiropráctica, etc. Queda excluida además toda asistencia realizada en centros médicos o clínicas de medicina integrativa y/o que combinen asistencia médica con terapias no convencionales**

reconocidas como pseudoterapias por el Ministerio de Sanidad y la Organización Médica Colegial.

- Servicios o técnicas que consisten en meras actividades de ocio, descanso, confort o deporte, así como los tratamientos en balnearios y curas de reposo.
- Órtesis, productos ortopédicos, productos anatómicos, gafas, lentillas, aparatos auditivos entre otros.
- Tratamientos con cámara hiperbárica.
- Tratamiento con Radiofrecuencia a nivel musculoesquelético, excepto los de articulaciones vertebrales.

L. Todas las técnicas asistenciales o procedimientos terapéuticos que usan el láser.

M. Los gastos por viaje y desplazamiento salvo los contemplados en el apartado de ambulancias de estas Condiciones Generales o en las garantías complementarias de Evacuación y Repatriación cuando éstas hayan sido adquiridas.

N. La administración y el coste de medicamentos independientemente del régimen asistencial.

Cláusula IV: Periodos de carencia

Las prestaciones que en virtud de esta póliza asuma la Entidad Aseguradora serán facilitadas desde el momento de entrar en vigor el contrato. **SE EXCEPTÚAN DE LO ANTERIOR LAS PRESTACIONES SIGUIENTES QUE NO PODRÁN REALIZARSE HASTA QUE HAYAN TRANSCURRIDO LOS RESPECTIVOS PLAZOS DE CARENCIA QUE SE DETALLAN A CONTINUACIÓN:**

Plazos de Carencia para la modalidad de Cuadro Médico:

- **Pruebas diagnósticas complejas: 9 meses**

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

Cláusula V: Forma de prestar los servicios

1. A través del cuadro médico concertado

La asistencia se prestará de conformidad con la normativa sanitaria que resulte de aplicación por profesionales con suficiente titulación para cada servicio específico pertenecientes al cuadro médico concertado correspondiente a este producto asegurador. Cuando en la población donde se encuentre el Asegurado no exista alguno de los servicios que son objeto de cobertura por esta póliza, serán facilitados en la provincia donde los mismos puedan realizarse, a elección del Asegurado. **Cuando un determinado tratamiento o técnica quirúrgica o diagnóstica no sea objeto de cobertura asegurada los servicios médicos asistenciales que necesariamente deban prestarse como consecuencia de la realización del citado tratamiento o técnica tampoco serán objeto de cobertura asegurada.**

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

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

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

1.1 Libre acceso.

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

1.2 Prescripción previa para la realización del servicio.

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

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

1.3 Prescripción y autorización previa para la realización del servicio.

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

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

Aquellos servicios que se efectúen por vía laparoscópica o vía artroscópica así como con técnica de radiofrecuencia y láser, tendrán que ser realizados por los

profesionales específicamente concertados y acreditados por la Entidad Aseguradora para realizar esas técnicas concretas.

1.5 Servicios al Domicilio del Asegurado.

La Entidad Aseguradora se obliga a prestar los servicios a domicilio en aquellas poblaciones en las que la Entidad Aseguradora tenga concertado la prestación de dicho servicio. **Cualquier cambio de domicilio del Asegurado deberá ser notificado de manera fehaciente** con una antelación mínima de ocho días al requerimiento de cualquier servicio.

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

En particular, los tratamientos de las terapias respiratorias deben ser prescritos por un médico especialista concertado con la Entidad Aseguradora. En todos los tratamientos el Asegurado deberá renovar la prescripción y la autorización del servicio por parte de la Entidad Aseguradora con una periodicidad variable según el tipo de dispositivo y las sesiones autorizadas en cada caso, excepto para el cpap de los pacientes ya catalogados como crónicos cuya autorización es indefinida y no precisa renovación salvo algunas situaciones excepcionales (cambio de provincia de residencia, cambio de póliza).

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

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

Entidades concertadas aceptando los trámites administrativos de dichas Entidades.

1.7 Urgencias.

Según dispone el artículo 103 de la Ley de Contrato de Seguro, la Entidad Aseguradora asume las necesarias asistencias de carácter **urgente** de acuerdo con lo previsto en las Condiciones de la Póliza y que en todo caso serán prestadas a través de los medios concertados por la Entidad Aseguradora específicamente indicados en la Guía Orientadora de Médicos y Servicios para este producto.

1.8 Asistencia en medios no concertados con la Entidad Aseguradora. Sanitas únicamente asumirá la cobertura de asistencias prestadas al Asegurado en centros no concertados, siempre que se trate de una urgencia vital de una de las prestaciones médicas cubiertas por esta póliza.

2. Consultas médicas a distancia

El Asegurado podrá acceder a determinados facultativos y especialidades del cuadro médico concertado para recibir una atención médica personalizada a través de los servicios de videoconsulta y de consulta telefónica, en adelante "Las consultas médicas a distancia".

Además, el Asegurado podrá acceder a un servicio de Urgencias 24 horas a través de videoconsulta.

2.1. Descripción:

- El servicio será prestado por especialistas médicos seleccionados por la Entidad Aseguradora dentro del Cuadro Médico concertado de la Entidad Aseguradora.
- La Entidad Aseguradora informará en cada momento en www.sanitas.es de las especialidades y profesionales a los que se podrá acceder a través de las consultas médicas a distancia.
- Estos servicios se prestarán siempre a través de cita previa y estarán sujetos a los

- horarios de atención del médico, estos horarios podrán ser consultados por el Asegurado en Mi Sanitas. Como excepción a lo anteriormente indicado, aquellas atenciones de Urgencia que puedan ser prestadas a través del servicio de videoconsulta no requerirán de cita previa. Para aquellas urgencias que por su naturaleza no puedan ser atendidas a través de los servicios ya indicados, el Asegurado tiene a su disposición los servicios de Urgencia del cuadro médico concertado por la Entidad Aseguradora.
- Servicio acompañado de la funcionalidad de mensajería online durante las consultas médicas a distancia y de forma posterior en caso de que el médico lo considere oportuno.
 - Durante las consultas médicas a distancia se puede realizar intercambio de documentación médica que podrá ser archivada en la Carpeta de Salud de Mi Sanitas en www.sanitas.es.
 - La Entidad Aseguradora ha adoptado los medios técnicos legalmente exigidos para garantizar la debida confidencialidad de la información intercambiada mediante esta modalidad.
 - Con la finalidad de garantizar dicha confidencialidad se prohíbe la grabación o fijación en cualquier soporte de la captación de imágenes y sonido de las consultas médicas a distancia. Queda igualmente prohibido copiar, reproducir, distribuir, difundir, poner a disposición de terceros o de cualquier otra forma comunicar públicamente, transformar o modificar, total o parcialmente y por cualquier medio ya sea electrónico o cualquier otro, la imagen o sonido obtenidos o producidos durante dichas consultas sin consentimiento expreso y escrito del propio facultativo interviniente o de Sanitas S.A. de Hospitales. No obstante lo anterior, el facultativo podrá conservar copia de la consulta médica a distancia a los efectos de conservarla con la documentación clínica.
 - El servicio será prestado exclusivamente a aquellos Asegurados que figuren expresamente dados de alta como tales en la póliza. Con la única excepción de la consulta médica a distancia en Urgencias 24 horas, cada Asegurado deberá solicitar una cita para recibir el servicio. La consulta médica a distancia deberá ser individual para cada Asegurado.
 - Si el Asegurado es menor de 18 años la consulta médica a distancia únicamente se realizará previa autorización del representante legal del menor.
 - El Asegurado deberá disponer y será responsable de todos los medios técnicos (hardware y software) y de comunicación a distancia necesarios para garantizar el correcto desarrollo de la consulta médica a distancia. la Entidad Aseguradora no es responsable de ningún perjuicio que pueda ocasionarse por fallos de los dispositivos electrónicos, de la conexión o de las carencias de estos medios por parte del Asegurado.
 - Esta modalidad de consulta solo constituye una ayuda en la toma de decisiones por parte del facultativo, no sustituye a la consulta médica presencial y no permite realizar el diagnóstico de enfermedades o la prescripción de pruebas diagnósticas o tratamientos médicos en todos los casos que precisen, según el criterio del médico, de la presencia del Asegurado en la consulta para su evaluación personal y directa incluyendo la exploración física del Asegurado por el especialista. Los resultados de la consulta presencial prevalecerán en todo caso sobre cualesquiera valoraciones y criterios realizados en la consulta médica a distancia.
 - No son objeto de cobertura aquellas consultas realizadas a través de consultas médicas a distancia por profesionales que no hayan sido expresamente autorizados por la Entidad Aseguradora para atender a los Asegurados por consultas médicas a distancia y ello con independencia de que pertenezcan o no al cuadro médico

concertado por la Entidad Aseguradora para este producto.

2.2. Procedimiento:

- Con la única excepción de la consulta médica a distancia en Urgencias 24 horas, el Asegurado solicitará cita en este servicio a través de Mi Sanitas en www.sanitas.es o a través de la App móvil.
- En la fecha y hora de la cita el Asegurado deberá conectarse a Mi Sanitas para establecer contacto con el médico e iniciar la consulta médica a distancia siguiendo las demás instrucciones facilitadas por la Entidad Aseguradora en cada momento.

3. Servicios a domicilio

El Asegurado podrá solicitar los servicios a domicilio objeto de la cobertura de esta póliza mediante llamada telefónica al número 91 353 63 48 Para el envío de medicamentos a domicilio también será posible solicitar dicho servicio a través del área privada de Mi Sanitas en App o web.

Cláusula VI: Otros aspectos del seguro

1. Bases y pérdida de derechos del contrato

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

1.2. El Tomador del seguro tiene el deber, antes de la conclusión del contrato, de declarar a la Entidad Aseguradora, de acuerdo con el cuestionario que ésta 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 cuestionario o cuando, aun sometiéndoselo, 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. Corresponderán a la Entidad Aseguradora, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al período en curso en el momento que haga esta declaración.

Si el siniestro sobreviene antes de que la Entidad Aseguradora haga la declaración a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de ésta se reducirá

proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si medió dolo o culpa grave del Tomador del Seguro quedará la Entidad Aseguradora liberada del pago de la prestación (Art. 10 de la Ley de Contrato de Seguro).

1.3. Sin perjuicio de lo anterior, el Asegurado pierde también el derecho a la prestación garantizada, si el siniestro sobreviene antes de que se haya pagado la prima, (o, en su caso la prima única) salvo pacto en contrario (Art. 15 de la Ley del Contrato del Seguro).

1.4. 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.

1.5. 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.

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

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

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

2. Edad máxima de contratación

Sin límite de edad máxima de contratación, sin perjuicio de la edades máximas que se puedan fijar en su caso para las distintas coberturas adicionales o complementarias de esta Póliza.

3. Duración del seguro

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

3.2. En el caso de que la póliza del Seguro sea resuelta por voluntad unilateral de la Entidad Aseguradora, no podrá suspender la prestación de la garantía cuando el Asegurado se halle en tratamiento en régimen hospitalario, hasta el alta hospitalaria, salvo renuncia del Asegurado a continuar el tratamiento **o salvo que la extinción de la póliza sea motivada por dolo o culpa grave del Asegurado.**

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

un siniestro ocurrido durante la vigencia del Seguro.

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

a) Por fallecimiento.

b) Por cualquier actuación del Asegurado frente al personal asistencial o administrativo que pueda atentar contra el derecho al honor y dignidad personal o pueda ser constitutiva de delito.

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

4. Primas del seguro

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

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

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

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

4.4. Si por culpa del Tomador, la primera prima no ha sido pagada, 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

debidamente reflejado en las Condiciones Particulares de la Póliza.

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

Si la Entidad Aseguradora no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes a dicho vencimiento, se entenderá que el contrato queda extinguido.

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

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

En el caso de primas fraccionadas, si ocurriere algún siniestro, 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.

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

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

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

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

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

4.8. El Tomador del Seguro, recibida la comunicación de la Entidad Aseguradora relativa a la **variación de la prima para la siguiente anualidad, podrá optar entre aceptar la prórroga del Contrato de Seguro por el importe de prima propuesto por el Asegurador o la extinción del mismo al vencimiento del periodo del Seguro en curso, debiendo en este último caso comunicar por escrito a la Entidad Aseguradora, con al menos un mes de antelación a dicha fecha de vencimiento, su voluntad de darlo por terminado.**

5. Aportación de informes

El Tomador y Asegurado tienen la obligación de facilitar a la Entidad Aseguradora, en aquellos casos que lo requiera expresamente, los informes médicos y /o presupuestos del prestador que permitan a aquélla determinar si la prestación asistencial requerida es objeto de cobertura por la póliza. 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. Reclamaciones

6.1. 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 Asuntos Económicos y Transformación Digital.

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

1. Al **Departamento de Reclamaciones de la Entidad Aseguradora**, mediante escrito firmado facilitando el DNI o documento que acredite la identidad del reclamante, a la **calle Ribera del Loira Nº 52 (28042 Madrid) o al fax 91 585 24 68 o a la dirección de correo electrónico reclamaciones@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, siempre que la misma reúna los requisitos exigidos, conforme a la Orden ECO/734/2004, de 11 de marzo, sobre los departamentos y servicios de atención al cliente de las entidades financieras y el Reglamento por la Defensa del Cliente que se encuentran a su disposición en las oficinas.

2. Una vez agotada dicha vía interna y en caso de no estar conformes con la resolución de la Entidad Aseguradora, podrán formular su reclamación mediante escrito firmado facilitando el DNI o documento que acredite la identidad del reclamante, ante **el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, en soporte papel o por vía telemática con firma electrónica, a través de la página web de ese organismo**. Para ello, el reclamante deberá acreditar que ha transcurrido el plazo establecido para la resolución de la reclamación por parte del departamento de reclamaciones de la Entidad Aseguradora, que ha sido denegada la admisión de la reclamación o desestimada su petición por éste.

3. Le informamos que la Entidad Aseguradora no está adherida a ninguna junta arbitral de consumo sin perjuicio de poder acudir el Asegurado a las instancias administrativas y judiciales previstas en el procedimiento de reclamaciones que figura en las condiciones generales de su póliza.

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

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

7. Otros aspectos legales a tener en cuenta

7.1. Subrogación

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

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

7.2. Forma de aceptación de las Condiciones

la Entidad Aseguradora remitirá un correo electrónico al Tomador a su dirección facilitada en la solicitud, en el que figurará un enlace que le permitirá registrarse en la Web y elegir una Clave identificativa de seguridad. Las comunicaciones efectuadas por un corredor de seguros en nombre del Tomador, surtirán los mismos efectos que si las realizara el propio Tomador, salvo indicación en contrario de éste último.

Obtenida su Clave identificativa, el Tomador deberá acceder a www.sanitas.es, donde estarán disponibles las Condiciones Generales y Particulares de su póliza, que deberá aceptar mediante un código que recibirá en el teléfono móvil cuyo número haya facilitado en la solicitud de seguro. A todos los efectos, la utilización del código equivaldrá jurídicamente a la firma autógrafa del Tomador. la Entidad Aseguradora podrá denegar la cobertura asegurada en caso de no aceptar el tomador las condiciones de la Póliza.

7.3. Comunicaciones

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

7.3.2. Las comunicaciones de la Entidad Aseguradora al Tomador del Seguro, al Asegurado o Beneficiario, se realizarán a la dirección física, electrónica o al número de teléfono facilitado por el Tomador para cada uno de ellos en el momento de realizar la solicitud del seguro mientras éstos no comuniquen un cambio de la misma. El Tomador autoriza a la Entidad Aseguradora a que le pueda remitir cualquier comunicación por medios electrónicos siempre que la ley lo permita.

7.3.3. El Tomador autoriza a la Entidad Aseguradora a que utilice su nº de teléfono móvil y su dirección de correo electrónico para remitirle las notificaciones,

comunicaciones e información relacionada con su póliza, y solicitar su consentimiento/autorización para determinadas prestaciones médicas, siempre que la ley lo permita, por medios electrónicos.

7.3.4. El Tomador acepta la plena validez y eficacia de cualquier notificación remitida por la Entidad Aseguradora a su domicilio, correo electrónico o teléfono facilitados en la solicitud de seguro, mientras no comunique su cambio.

7.3.5. El Tomador acepta los anteriores términos en su nombre y en el de los asegurados de la póliza.

8. Cláusula de protección de datos

Se van a tratar los datos de carácter personal, entre otros, datos identificativos y de salud (en adelante, "Datos Personales") del Solicitante, el Tomador y los Asegurados (en adelante "Interesados"), proporcionados a través de la solicitud del seguro, además de aquellos recogidos y proporcionados durante la vigencia del contrato. Los Datos Personales son confidenciales y están adecuadamente protegidos. El Solicitante y/o Tomador garantiza que toda la información relativa al Tomador y Asegurado(s) que facilite a Sanitas y a Sabadell Seguros es cierta y no ha omitido dato alguno sobre el estado de salud de cada uno de los Asegurados. El Solicitante será el único responsable de cualquier daño o perjuicio, directo o indirecto, que pudiera ocasionar a Sanitas, a Sabadell Seguros o a cualquier tercero a causa de documentación facilitada a Sanitas y/o a Sabadell Seguros con datos falsos, inexactos, incompletos y/o no actualizados.

El Tomador se hace responsable de comunicar a todos los Asegurados incluidos en la póliza la información contenida en la presente cláusula de tratamiento de Datos Personales para que puedan ejercitar tanto el propio Tomador como los Asegurados los derechos que se describen en el apartado "Derechos de los Interesados".

Asimismo, el Solicitante/Tomador declara actuar en su nombre y en el de los Asegurados cuando consiente a los tratamientos descritos en la presente cláusula. Asimismo, el Solicitante/Tomador declara que los Asegurados entienden y aceptan que éste haya proporcionado o proporcione sus Datos Personales a Sanitas y a Sabadell Seguros, como que Sanitas y Sabadell Seguros faciliten al Solicitante/Tomador la información identificativa sobre los servicios médicos de los Asegurados cubiertos por la póliza, salvo que por parte del Tomador se libere por escrito a Sanitas de su deber legal de informarle o sea solicitado por cualquiera de los Asegurados.

En caso de tratarse de una póliza colectiva, la entidad cliente de las coaseguradoras (que podrá coincidir en algunos casos con la figura del Tomador) y las coaseguradoras podrán comunicarse, de forma puntual y cuando resulte estrictamente necesario, los datos identificativos de los Asegurados mínimos e imprescindibles para, exclusivamente, verificar que éstos ostentan las características que les permiten beneficiarse de la póliza acordada entre la entidad cliente y las coaseguradoras, y/o controlar la siniestralidad y acordar consecuentemente la prima de seguro que deba ser aplicada. La entidad cliente de las coaseguradoras se hace responsable de comunicar esta circunstancia a todos los Asegurados. Dicho tratamiento de datos resulta necesario para la correcta ejecución y desarrollo del contrato de seguro.

8.1 Corresponsables del tratamiento de sus Datos Personales

Los Datos Personales de los Interesados serán objeto de tratamiento, en régimen de corresponsabilidad, por las siguientes entidades coaseguradoras:

- **BanSabadell Seguros Generales, S.A. de Seguros y Reaseguros**, con domicilio social en c/ Isabel Colbrand, 22, 28050 Madrid y NIF A-64194590 (en adelante, “**Sabadell Seguros**”). Sabadell Seguros es una entidad inscrita en el Registro de Entidades Aseguradoras de la Dirección

General de Seguros y Fondos de Pensiones con la clave C-0767 y habilitada para operar en el ramo de salud. Puede contactar con su Delegado de Protección de Datos en DPO_BSSegurosGenerales@BSSeg.com, o en la dirección postal antes referida, para cualquier duda o necesidad que tuviere en materia de protección de datos personales.

- **SANITAS, Sociedad Anónima. de Seguros**, con domicilio social en c/ Ribera del Loira, 52, 28042, Madrid (en adelante, “**Sanitas**”). Sanitases una entidad inscrita en el Registro de Entidades Aseguradoras de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones con la clave C0320 y habilitada para operar en el ramo de salud. Puede contactar con el Delegado de Protección de Datos del Grupo Sanitas en: dpo@sanitas.es, o en la dirección postal antes referida, para cualquier duda o necesidad que tuviere en materia de protección de datos personales.

8.2 Finalidades principales y legitimación del tratamiento de los Datos Personales

(a) Formalización, desarrollo y ejecución del contrato de seguro.

El tratamiento de los Datos Personales es necesario para el tratamiento la celebración, mantenimiento, desarrollo y ejecución del contrato de seguro de salud consistente, entre otros, en gestionar y dar apoyo en el cuidado de la salud del Solicitante y/o Tomador/Asegurado. Así, Sabadell Seguros y Sanitas tratarán los Datos Personales del Solicitante y/o Tomador/Asegurado, entre otros, para gestionar la relación con este, gestionar la póliza etc., pudiendo en determinados casos llegar a tomar decisiones automatizadas con base únicamente en los procedimientos de análisis para tales fines. En estos supuestos, los Interesados tendrán derecho a la revisión e impugnación de la decisión, así como a solicitar intervención humana, a través de los canales referidos en el apartado “Derechos de los Interesados”. Sanitas podrá tratar los Datos Personales para realizar encuestas de satisfacción sobre servicios recibidos como consecuencia de la relación contractual así como la gestión del

coaseguro en su caso. Esta finalidad se basa en la necesidad del tratamiento para la ejecución de las presentes condiciones y para la gestión de los sistemas y servicios de asistencia sanitaria y social.

(b) Análisis de la solvencia económica.

Sabadell Seguros y Sanitas podrán tratar los Datos Personales identificativos del Solicitante para consultar sistemas de ficheros de información crediticia de forma previa a la contratación como medida para analizar su solvencia económica, así como para prevenir y detectar posibles conductas fraudulentas, en base a nuestro interés legítimo de adoptar las medidas necesarias para poder prevenir, identificar y gestionar posibles conductas fraudulentas relativas a seguros.

(c) Análisis técnicos.

Sabadell Seguros y Sanitas podrán tratar Datos Personales, incluidos datos de salud, para llevar a cabo análisis estadísticos sobre el funcionamiento de la tecnología que dan soporte a los servicios prestados, para poder realizar mejoras técnicas, de seguridad, etc. Para ello, podremos usar la información que generes al usar los recursos tecnológicos que ponemos a tu alcance para poder mejorar la calidad, corregir errores, mejorar la usabilidad, etc. en base a nuestro interés legítimo consistente en mejorar la calidad de los recursos tecnológicos.

(d) Gestión de la prestación y cobertura del servicio asistencial.

Esta actividad de tratamiento requiere la solicitud y obtención de los profesionales sanitarios de información referente a la salud de los Interesados, para gestionar la prestación de los servicios objeto del contrato de seguro, entre otros valorar las coberturas y el adecuado abono a los prestadores sanitarios o el reintegro al asegurado o sus beneficiarios de los gastos de asistencia sanitaria. Con tal finalidad podrán compartir y cederse recíprocamente Datos Personales con los profesionales médicos que presten el servicio asistencial, incluso solicitando y obteniendo de los profesionales sanitarios información referente a su salud para valorar las coberturas y el adecuado abono o reintegro de los servicios prestados.

Asimismo, como parte de la gestión de la prestación y cobertura del servicio asistencial objeto del contrato consistente, entre otros, en apoyar al Tomador/Asegurado en el cuidado de su salud, Sanitas podrá elaborar perfiles con base en sus Datos Personales, incluidos datos de salud, para hacer llegar información personalizada como por ejemplo, indicaciones y consejos que ayuden al Tomador/Asegurado a cuidar su salud.

Esta finalidad se basa en la necesidad del tratamiento para la ejecución de las presentes condiciones y para la gestión de los sistemas y servicios de asistencia sanitaria y social.

(e) Investigación mediante la elaboración de perfiles para el diseño de los modelos asistenciales objeto del contrato de seguro.

Sanitas necesitará tratar los Datos Personales, incluyendo datos de salud, del Tomador/Asegurado para elaborar perfiles que permitan a Sanitas diseñar los modelos asistenciales de conformidad con dichos perfiles a efectos de la prestación del servicio de prevención de la salud del Tomador/Asegurado, como parte del objeto del contrato de seguro suscrito por el Tomador. Esta finalidad se basa en la necesidad del tratamiento para la ejecución de las presentes condiciones y para la gestión de la prestación de asistencia o tratamiento de tipo sanitario.

(f) Ofrecimiento y gestión de programas asistenciales y de prevención objeto del contrato de seguro.

Sanitas, como parte de su apoyo al cuidado de la salud del Tomador/Asegurado, y gracias a los análisis y perfiles llevados a cabo, ofrecerá al Tomador/Asegurado programas asistenciales y de prevención de la salud, diseñados de conformidad con lo descrito en el apartado anterior. El ofrecimiento y la gestión de los programas asistenciales y de prevención se llevarán a cabo teniendo en cuenta las características y necesidades específicas del Tomador/Asegurado. Por tanto, Sanitas necesitará tratar los Datos Personales de éstos, incluyendo sus datos de salud, para poder ofrecer y gestionar los distintos modelos asistenciales que se

adapten específicamente al Tomador/Asegurado. Esta finalidad se basa en la necesidad del tratamiento para la ejecución de las presentes condiciones y para la gestión de la prestación de asistencia o tratamiento de tipo sanitario.

(g) Gestión de la prestación del servicio de promoción de salud.

Como parte del apoyo al cuidado de la salud en virtud de la relación contractual existente, Sabadell Seguros y Sanitas necesitan tratar los Datos Personales del Tomador/Asegurado, incluyendo sus datos de salud, con el fin de gestionar el diseño de planes de gestión de salud específicos para cada Interesado. Para tal fin, como consecuencia del perfilado realizado con base en los Datos Personales del Interesado, Sabadell Seguros y Sanitas gestionarán la elaboración de planes de salud personalizados y programas de seguimiento proactivos, para facilitar la gestión de los casos complejos (como enfermedades graves u hospitalizaciones prolongadas), y gestionarán la prestación de asistencia a pacientes crónicos y la prestación también de atención de urgencias. Esta finalidad se basa en la necesidad del tratamiento para la ejecución de las presentes condiciones y para la gestión de la prestación de asistencia o tratamiento de tipo sanitario.

(h) Gestión del acceso y uso de la herramienta "Mi Sanitas", puesta a disposición como consecuencia del contrato de seguro.

Sanitas necesitará tratar los Datos Personales del Tomador/Asegurado, incluyendo datos de salud, con el fin de gestionar y proporcionar acceso al Interesado, así como asegurar el correcto funcionamiento, de "Mi Sanitas" (portal de gestión del seguro), ya sea a través de la web o de la aplicación desarrollada a tal efecto. Sanitas, en el contexto del uso de "Mi Sanitas", tratará los Datos Personales para, entre otros, ofrecer al Interesado recomendaciones de salud, y poner a su disposición información y comunicaciones relativas a recibos y reembolsos, así como gestionar sus citas médicas, entre otros. Esta finalidad se basa en la necesidad del tratamiento para la ejecución de las

presentes condiciones y para la gestión de los sistemas y servicios de asistencia sanitaria y social.

Además, como parte del servicio, Sanitas pone a disposición del Tomador/Asegurado un servicio de "Carpeta de Salud" (accesible a través de "Mi Sanitas") para que pueda solicitar la cesión y archivo de Datos Personales, incluyendo datos de salud, (por ejemplo informes médicos o pruebas diagnósticas) en una herramienta para el uso exclusivo del Tomador/Asegurado. No obstante, si el Tomador/Asegurado decide utilizar este servicio, se le proporcionará información de manera separada a esta Política de Privacidad.

(i) Gestión de la prestación del servicio de video consulta y chat.

Esta actividad de tratamiento requiere la obtención y gestión de información y datos nuevos facilitados por el propio Interesado (incluyendo datos relativos a la salud) en sus comunicaciones directas con el personal sanitario de manera no presencial y aportar documentación, para resolver las dudas del interesado en el contexto de los servicios de asistencia médica prestados. En este contexto, Sanitas tratará, y en su caso, cederá a terceros designados por el Tomador/Asegurado sus Datos Personales, para prestar el servicio de video consulta, chat u otros medios puestos a disposición por Sanitas en la medida en que forme parte de las prestaciones del seguro del Tomador/Asegurado. Esta finalidad se basa en la necesidad del tratamiento para la ejecución de las presentes condiciones y para la gestión de los sistemas y servicios de asistencia sanitaria y social Asimismo, se podrá gestionar la grabación de las video consultas que tengan lugar como consecuencia del uso del servicio de "Urgencias 24 horas" con la finalidad de poder gestionar eventuales reclamaciones en relación al servicio recibido a través de la video consulta por el Tomador/Asegurado, en base a la necesidad del tratamiento para la finalidad referida y para la satisfacción del interés legítimo de Sanitas en conservar la documentación que permita atender las consultas y eventuales reclamaciones del Tomador/Asegurado. Sanitas podrá igualmente gestionar la grabación de las

video consultas que no se realicen en el marco del servicio de "Urgencias 24 horas" con la finalidad de mejorar la calidad del servicio prestado, siempre y cuando cuente con su consentimiento.

(j) Gestión del riesgo actuarial.

Sabadell Seguros y Sanitas necesitarán tratar los Datos Personales del Tomador/Asegurado, incluyendo datos de salud, con el fin de llevar a cabo un análisis estadístico-actuarial tanto para la determinación del riesgo asociado como para la tarificación de las pólizas de los clientes y potenciales clientes ya sea con carácter previo a la suscripción del contrato de seguro o durante la vigencia del mismo en atención a las nuevas circunstancias del Asegurado o al cambio de la base actuarial. Esta finalidad es lícita al ser necesario el tratamiento para el cumplimiento de una obligación legal, que impone la normativa reguladora de las entidades aseguradoras y reaseguradoras; y para la gestión de los sistemas y servicios de asistencia sanitaria y social.

(k) Grabar las conversaciones telefónicas que mantengan los Interesados con Sanitas en relación con la presente póliza.

Dicha grabación se llevará a cabo para su utilización en los procesos de control de calidad de Sanitas, con la finalidad de mejorar la calidad del servicio prestado a los Interesados, en base al interés legítimo de Sanitas mantener procesos de control de calidad y para la gestión de los sistemas y servicios de asistencia sanitaria y social. Asimismo, Sanitas podrá utilizar estas grabaciones, 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, en base al interés legítimo de Sanitas en formular, ejercer y/o asegurar la defensa de reclamaciones, y a la necesidad del tratamiento para asegurar lo anterior. El Interesado podrá solicitar Sanitas copia o transcripción escrita del contenido de las conversaciones grabadas entre ambos a través de los canales indicados en el apartado "Derechos de los Interesados".

(l) Cumplimiento de obligaciones que le correspondan a las coaseguradoras por mandato legal.

En determinadas ocasiones, Sabadell Seguros y Sanitas necesitarán tratar los Datos Personales del Solicitante y/o Tomador/Asegurado, incluyendo datos de salud, para cumplir con determinadas obligaciones establecidas legalmente. Entre otras, Sabadell Seguros y Sanitas tratarán los Datos Personales con el fin de cumplir con las obligaciones establecidas en la normativa relativa a seguros, leyes tributarias y la normativa en materia de protección de datos de carácter personal vigente. Esta finalidad es lícita al ser necesario el tratamiento para el cumplimiento de obligaciones legales aplicables a Sanitas; y para la gestión de los sistemas y servicios de asistencia sanitaria y social.

(m) Envío de comunicaciones comerciales por parte de Sabadell Seguros.

Sabadell Seguros podrá ponerse en contacto con el Solicitante y/o Tomador/Asegurado para informarle de servicios incluidos en su contrato, promociones vigentes o productos similares o complementarios a los contratados que pueden ser de su interés, así como para recabar su opinión y grado de satisfacción con el servicio recibido. Con el objetivo de mejorar continuamente la experiencia del cliente y personalizar de forma acertada las comunicaciones, en ocasiones elaborará segmentaciones o perfiles con los Datos Personales del Solicitante y/o Tomador/Asegurado y tomará decisiones individuales automatizadas al respecto. Con esta finalidad, y para asegurar la administración interna de la relación de coaseguro entre ambas entidades corresponsables del tratamiento, en ocasiones puede ser necesario el intercambio de información entre Sabadell Seguros y Sanitas.

Esta finalidad es lícita porque es necesaria para satisfacer el interés legítimo de Sabadell Seguros en hacer llegar a sus clientes informaciones y recomendaciones que pueden ser de su interés, relacionadas con productos y servicios propios que son similares o complementarios a los contratados. En cualquier caso, Sabadell

Seguros garantiza a los interesados (a) su derecho de oposición al tratamiento de su Datos personales con fines de mercadotecnia directa y (b) su derecho a obtener intervención humana, a expresar su punto de vista y a impugnar cualquier decisión individual automatizada que se haya tomado.

(n) Elaboración por parte de Sanitas de perfiles con fines de mercadotecnia y mejora comercial de los servicios prestados.

Nuestro objetivo es poder ofrecer al Solicitante y/o Tomador/Asegurado los productos y servicios que mejor se adapten a sus intereses y necesidades. Para ello, Sanitas podrá tomar decisiones basadas en la elaboración perfiles con base en los Datos Personales del Solicitante y/o Tomador/Asegurado, incluyendo sus datos de salud, con el objetivo de que su experiencia con Sanitas esté lo más orientada posible a ellos y poder ser capaz de seguir personalizándola durante la prestación del servicio objeto del contrato de seguro. En particular, lo anterior se llevará a cabo para:

1. Gestión y envío de comunicaciones comerciales basadas en el perfil del Solicitante y/o Tomador/Asegurado por cualquier canal, incluido por vía electrónica sobre productos y servicios similares al contrato de seguro. Esta finalidad es lícita en base al interés legítimo de Sanitas y Sabadell Seguros en informar de los servicios, novedades, promociones, etc. que mejor se adaptan al perfil del Solicitante y/o Tomador/Asegurado, relacionadas con los servicios contratados y para la gestión de los sistemas y servicios de asistencia sanitaria y social. En caso de que no se haya contratado un seguro, la finalidad es lícita en base al consentimiento del interesado, ya que el tratamiento se realizará con autorización previa.

2. Envío de comunicaciones comerciales basadas en el perfil del Solicitante y/o Tomador/Asegurado por cualquier canal incluido por vía electrónica sobre nuevos productos y servicios. La finalidad es lícita en base al consentimiento del interesado, ya que el tratamiento se realizará con autorización previa.

3. Envío por parte de Sanitas de comunicaciones comerciales basadas en el perfil del Solicitante y/o Tomador/Asegurado por cualquier canal, incluido por vía electrónica sobre productos y servicios de terceros. La finalidad es lícita en base al consentimiento del interesado, ya que el tratamiento se realizará con autorización previa.

4. Anticiparnos a las necesidades de salud de Tomador/Asegurado, incluyendo por ejemplo, la detección del momento en que es necesario aumentar los recursos para la atención personalizada del Tomador/Asegurado. Esta finalidad es lícita en base al interés legítimo de Sanitas y Sabadell Seguros en ofrecer los mejores servicios posibles apoyando al Tomador/Asegurado en el cuidado de su salud, y la necesidad del tratamiento la gestión de los sistemas y servicios de asistencia sanitaria y social.

(o) Realización de procedimientos de anonimización y seudoanonimización de los Datos Personales, incluyendo datos de salud con fines de mercadotecnia, de mejora de la relación con el Tomador/Asegurado, y de investigación científica y/o estadística.

En ocasiones, Sabadell Seguros y Sanitas podrán aplicar ciertos procedimientos sobre los Datos Personales del Solicitante y Tomador/Asegurado, incluyendo datos de salud, de manera que o bien no sea posible encontrar una relación entre una persona física identificada o identificable y los Datos Personales tratados o bien, dichos Datos Personales no puedan atribuirse a una persona determinada sin utilizar información adicional que figure por separado. Dichos procedimientos se aplicarán para poder tratar los datos anonimizados o seudoanonimizados con fines de investigación científica o estadística, o con el fin de conocer las tendencias del estado de salud de los individuos según ciertos factores, por ejemplo la utilización del seguro de salud, establecer patrones de enfermedades, etc., así como con el fin de entender qué servicios pueden encajar mejor a determinados colectivos y poder ponerlo en su

conocimiento y, en definitiva, mejorar la relación entre Sabadell Seguros y/o Sanitas y el Tomador/Asegurado. Este tratamiento es lícito en base al interés legítimo de Sanitas y Sabadell Seguros y su necesidad para la gestión de los sistemas y servicios de asistencia sanitaria y social, así como en base a su necesidad para fines de investigación científica y/o estadística.

(p) Cesión de Datos Personales a empresas del Grupo.

1. Para el envío de comunicaciones comerciales por empresas de los respectivos Grupos basadas en el perfil de Interesado por cualquier vía, incluyendo vía electrónica, e base al consentimiento otorgado por el Interesado.

2. Para anticiparnos a las necesidades de salud del Tomador/Asegurado, elaborando las empresas de los respectivos Grupos perfiles y llevar a cabo análisis estadísticos con el fin de mejorar los servicios prestados por las entidades del Grupo y poder ofrecérselos al Tomador/Asegurado, en función de sus características particulares, en base al consentimiento otorgado por el Interesado.

3. Para fines administrativos internos, en base al interés legítimo de Sabadell Seguros y Sanitas en la compartición y optimización de sistemas y procesos dentro del grupo empresarial para fines administrativos internos, incluido el tratamiento de datos personales de clientes.

(q) Cesión de Datos Personales a terceras empresas.

Sabadell Seguros y Sanitas podrán ceder los Datos Personales del Solicitante y/o Asegurado a cualquier otra entidad con la que establezcan vínculos de colaboración para la efectividad de las relaciones contractuales con el Solicitante y/o Asegurado. En particular, las categorías de destinatarios, identificadas en la Información Adicional, serán, entre otras, otras entidades co/aseguradoras y reaseguradoras, corredores de seguros, entidades con las que se establezca un vínculo comercial, profesionales sanitarios, centros médicos y

hospitales. Sabadell Seguros y Sanitas podrán ceder los Datos Personales para:

1. Fines de reaseguro del riesgo, en base al interés legítimo de Sanitas y Sabadell Seguros en gestionar el riesgo asumido, y a la necesidad del tratamiento para la gestión de los sistemas y servicios de asistencia sanitaria y social.
2. Analizar el uso de las páginas webs y aplicaciones de Sanitas, en base al consentimiento otorgado por el interesado

8.3 Procedencia de los Datos Personales

El origen de los Datos Personales puede variar en cada caso. En particular, Sabadell Seguros y Sanitas comercializan sus productos de seguros de salud en régimen de coaseguro a través del operador de bancaseguros vinculado **BanSabadell Mediación, OBSV, del Grupo Banco Sabadell, S.A.**, el cual recoge los Datos Personales de los Interesados, incluidos los datos relativos a la salud, en nombre y por cuenta de las entidades coaseguradoras, en calidad de encargado de tratamiento. Asimismo, se podrán tratar los Datos Personales que nos facilite a través de formularios (por ejemplo formularios de contacto), y que se hayan generado como consecuencia de la prestación del servicio, o que se hayan obtenido a través de corredores o terceros colaboradores.

8.4 Tiempo de conservación de los Datos Personales

Sabadell Seguros y Sanitas tratarán los Datos Personales del Tomador y/o Asegurado y los conservarán por el tiempo que dure la relación contractual con el Tomador y/o Asegurado y/o hasta que expiren las obligaciones legales que resulten aplicables.

Para aquellas finalidades que el Tomador/Asegurado haya consentido al tratamiento de sus Datos Personales o para las que exista la posibilidad de oponerse, Sanitas dejará de tratar, para esa finalidad en

particular, los Datos Personales inmediatamente después de la retirada de consentimiento u ejercicio de oposición.

Todo lo anterior se entiende sin perjuicio de la conservación posterior que resulte necesaria para la formulación, el ejercicio o la defensa de potenciales reclamaciones, para cumplir con obligaciones de conservación de documentación clínica, siempre que lo permitiese la legislación aplicable o para poner los Datos Personales a disposición de jueces y tribunales, el Ministerio Fiscal o las Administraciones Públicas. Durante este periodo adicional, Sabadell Seguros y Sanitas conservarán los Datos Personales de forma bloqueada. Una vez finalizado el mencionado plazo, Sabadell Seguros y Sanitas se comprometen a cesar el tratamiento de todos los Datos Personales. No obstante todo lo anterior, los Datos Personales podrán conservarse cuando resultase necesario durante periodos más largos siempre que se traten exclusivamente con fines de asistencia sanitaria, fines médicos, de investigación científica y/o estadística y atendiendo al caso concreto. Más información disponible en la Información Adicional.

8.5 Acceso a los Datos Personales

Una óptima prestación del servicio puede requerir que otros terceros prestadores de servicios de Sabadell Seguros y Sanitas accedan a los Datos Personales del Solicitante y/o Tomador/Asegurado como encargados del tratamiento.

El Solicitante y/o Tomador/Asegurado entiende que algunos de dichos prestadores de servicios se pueden encontrar en países situados fuera del Espacio Económico Europeo o que no ofrecen un nivel de seguridad equivalente al español. Para asegurar que los Datos Personales se tratan con un nivel de protección equivalente al que ya existe, Sabadell Seguros y Sanitas, respectivamente, han adoptado las garantías apropiadas. Así, las transferencias internacionales se realizan al amparo de decisiones de adecuación de la Comisión Europea, al amparo de la autorización de la Agencia Española de Protección de Datos y/o están cubiertas por cláusulas tipo u otras

garantías adecuadas cumpliendo con las medidas de seguridad adecuadas. Puede consultar las transferencias internacionales en el apartado "Transferencias Internacionales de datos" en www.sanitas.es/RGPD. Para obtener una copia de dicha autorización, el Solicitante y/o Tomador/Asegurado puede ponerse en contacto con Sanitas por los medios establecidos en el apartado "Derechos de los Interesados".

Además de los accesos que terceros proveedores puedan tener a los Datos Personales en calidad de encargados de tratamiento, nacionales o internacionales, en el marco de la prestación de un servicio, Sabadell Seguros y Sanitas realizarán cesiones de Datos Personales a otras entidades ya sean dentro del Grupo o terceras entidades, tal y como se ha especificado en el apartado "Finalidades principales y legitimación del tratamiento de los Datos Personales".

Además de lo anterior, el Solicitante y/o Tomador/Asegurado entiende que Sabadell Seguros y Sanitas podrán realizar cesiones o comunicaciones de Datos Personales para atender sus obligaciones con las Administraciones Públicas, Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, la Agencia Tributaria, en los casos que así se requiera de acuerdo con la legislación vigente en cada momento y en su caso, igualmente a otros órganos como Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado y a los órganos Judiciales.

Asimismo, el Solicitante y/o Tomador/Asegurado entienden que Sabadell Seguros y Sanitas puedan solicitar, requerir y compartir sus Datos Personales y de salud a los profesionales o centros sanitarios, hospitales y por otro lado, entre ellas como entidades coaseguradoras, así como con entidades con las que se mantenga relación de reaseguro o colaboración y por tanto entiende que será necesario que se faciliten recíprocamente sus Datos Personales, para la gestión del reaseguro, coaseguro, gestión de los programas integrales asistenciales, el mejor conocimiento y valoración de los riesgos a cubrir, para prevención del fraude,

determinación de la asistencia sanitaria, abono a los prestadores sanitarios o reintegro al Asegurado de los gastos de asistencia sanitaria y para la atención de las reclamaciones presentadas por los propios Asegurados.

8.6 Derechos de los interesados

Los Interesados pueden ejercer en cualquier momento los derechos de acceso, rectificación, oposición, supresión, portabilidad y limitación del tratamiento así como a rechazar el tratamiento automatizado de los Datos Personales.

Se informa a los Interesados sobre la posibilidad que les asiste de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, oposición, supresión, portabilidad y limitación del tratamiento así como a rechazar el tratamiento automatizado de los Datos Personales. Dichos derechos podrán ser ejercitados gratuitamente por los Interesados, y en su caso por quien los represente, mediante solicitud escrita y firmada, pudiendo serle solicitada copia de su DNI o documento equivalente que acredite su identidad, dirigida a la siguiente dirección: Calle Ribera del Loira nº 52, 28042, Madrid, España, Att. LOPD Seguro o, a través del portal "Mi Sanitas" (<http://www.sanitas.es/misanitas/online/cliente/s/contacto/index.html>). También pueden los Interesados ejercitar sus derechos a través de los formularios habilitados para ello en la Información Adicional, en el apartado "Derechos ARCO". En el caso de representación, deberá probarse la misma mediante documento escrito y acompañando copia del DNI o documento equivalente que acredite la identidad del representado u otra documentación acreditativa que se indique en la Información Adicional.

Además de los anteriores derechos, el Solicitante y/o Tomador/Asegurado tendrá derecho a retirar el consentimiento otorgado en cualquier momento mediante el procedimiento antes descrito, sin que dicha retirada de consentimiento afecte a la licitud del tratamiento anterior a la retirada del mismo. Se podrán continuar tratando los Datos Personales del Solicitante y/o Tomador/Asegurado en la medida en que la

ley aplicable lo permita. El Solicitante y/o Tomador/Asegurado puede obtener más información acerca de cada uno de los derechos mencionados en el presente apartado en la Información Adicional.

También pueden contactar con el Delegado de Protección de Datos de cualesquiera de los corresponsables del tratamiento, en las direcciones de correo electrónico que se indican en el apartado II, para resolver cualquier duda relacionada con la tutela de sus derechos, y, en última instancia, acudir a la Agencia Española de Protección de Datos para solicitar la tutela de sus derechos y/o presentar una reclamación: www.aepd.es.

No obstante lo anterior, Sanitas informa al Solicitante y/o Tomador/Asegurado que tiene a su disposición un sistema de resoluciones de conflicto interno en el que el Delegado de Protección de Datos adopta un rol activo como mediador tratando de gestionar de la manera más ágil posible, cualquier reclamación que el Solicitante y/o Tomador/Asegurado envíe a la dirección postal o de correo electrónica indicada en el apartado "Corresponsables del Tratamiento de los Datos Personales". Por tanto, se anima al Solicitante y/o Tomador/Mediador a ponerse en contacto con los Delegados de Protección de Datos con carácter previo a presentar una reclamación ante la autoridad de control pertinente.

8.7 Revocación de consentimiento para la recepción de comunicaciones comerciales

Tal y como se ha mencionado en el apartado anterior, el Solicitante y/o Tomador/Asegurado tiene derecho a revocar en cualquier momento el consentimiento prestado para el envío de comunicaciones comerciales notificando a Sanitas que no desea seguir recibiendo las mismas. Para ello, el Solicitante y/o Tomador/Asegurado podrá o bien revocar su consentimiento en la forma descrita en el apartado anterior o bien pinchar en el enlace incluido en cada comunicación comercial cancelando por tanto, el envío de comunicaciones comerciales electrónicas.

8.8 Menores de edad

Con carácter general, solamente se tratarán los Datos Personales de menores de dieciocho años cuando sus padres o tutores legales hayan prestado su consentimiento para dicho tratamiento, sea necesario para la ejecución del contrato de seguro o para el cumplimiento de una obligación legal y/o para la satisfacción de un interés legítimo de Sabadell Seguros y/o de Sanitas.

No obstante, de acuerdo con la normativa vigente, los mayores de 14 años (o aquella edad que pueda fijarse legalmente a estos efectos) tendrán derecho de acceso a su propia información médica y aquellos derechos que les reconozca la ley.

8.9 Información adicional

Sanitas y Sabadell Seguros ponen a disposición del Solicitante, Tomador y Asegurados, Información Adicional sobre el tratamiento de sus Datos Personales en www.sanitas.es/RGPD/coasegurosabadell, y les invita a consultarla.

8.10 Modificación de la Política de Privacidad

Se podrá modificar esta Política de Privacidad de acuerdo con la legislación aplicable en cada momento. En todo caso, cualquier modificación de la Política de Privacidad le será debidamente notificada al Solicitante y/o Tomador/Asegurado para que quede informado de los cambios realizados en el tratamiento de sus Datos Personales y, en caso de que la normativa aplicable así lo exija, el Solicitante y/o Tomador/Asegurado pueda otorgar su consentimiento.

9. Jurisdicción

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

10. Prevención del blanqueo de capitales y de la financiación del terrorismo

La Entidad Aseguradora no asumirá ninguna prestación bajo la cobertura asegurada de esta póliza si ello supone una infracción de la normativa española, del Reino Unido, de la Unión Europea, de los Estados Unidos de América, o en general de las leyes internacionales, reservándose el derecho en los casos que proceda, a dar de baja al Asegurado afectado por dicha infracción. Del mismo modo podrá rechazar el alta de un nuevo asegurado, si ello puede llegar a suponer la infracción de alguna de dichas normativas.

11. Cómo contactar con nosotros

Servicio de Atención al Cliente

91 752 28 52 / 93 362 34 49 / 900 909 069

12. Cláusula de coaseguro

Las prestaciones garantizadas por la presente póliza quedan cubiertas en coaseguro, con los porcentajes que se indican, por las entidades siguientes:

SANITAS S.A. de Seguros	50%
BanSabadell Seguros Generales	50%

Este Coaseguro se establece en una póliza única, extendida por SANITAS S.A. de Seguros en adelante la Entidad Aseguradora, y que será firmada por el Tomador y/o asegurado y por todas las Coaseguradoras, siendo, por tanto, válida íntegramente para todas ellas. En caso de emisión de suplementos o apéndices, la Entidad Aseguradora emitirá un solo documento que será igualmente firmado por todas las Coaseguradoras, con excepción de regularización de prima y aquellos casos que no modifiquen las condiciones económicas contractuales, los cuales serán firmados únicamente por la Entidad Aseguradora en

representación de todo el cuadro. Por consiguiente, el Tomador del seguro y/o asegurado solo firmará los documentos contractuales que hayan sido emitidos por la Entidad Aseguradora.

Para la efectividad de las primas, la Entidad Aseguradora extenderá y presentará al cobro un único recibo por la totalidad de las participaciones. Su pago tendrá efectos liberatorios para el Tomador del seguro frente a cada una de las coaseguradoras, sin perjuicio de las liquidaciones entre dichas coaseguradoras a las que posteriormente hubiera lugar.

En sus relaciones con el Tomador y/o asegurado, las Coaseguradoras estarán siempre representadas por la Entidad Aseguradora, incluso cuando se trate de declarar, tramitar o liquidar los siniestros que ocurrieren. Sólo a la Entidad Aseguradora deberá dirigirse el Tomador y/o asegurado para comunicarle aquellas contingencias de las que haya de dar cuenta a sus aseguradoras y todas las comunicaciones de éstas al Tomador y/o asegurados se realizarán a través de la misma.

Asimismo, en caso de siniestro, las decisiones que sea preciso adoptar para la común defensa de los intereses del Asegurado y de las Coaseguradoras, se tomarán previo acuerdo entre aquél y la Entidad Aseguradora, salvo en el caso de que se delegue en la otra Entidad coaseguradora por circunstancias especiales y también de mutuo acuerdo.

Sin perjuicio de las facultades de decisión de la Entidad Aseguradora ya indicadas en el párrafo anterior, cuando la complejidad técnica y la importancia económica del siniestro lo aconseje, la Entidad Aseguradora podrá consultar la decisión que corresponda a la otra Coaseguradora.

La representación de la Entidad Aseguradora no se extiende a los posibles procedimientos judiciales o arbitrales que pudieran tener por causa de este contrato, y que se interpongan por el Tomador y/o asegurado o el perjudicado, por lo que en los mismos deberán ser demandadas, por sus

respectivas cuotas, todas las Coaseguradoras, sin perjuicio de que éstas puedan encargar posteriormente a la abridora la dirección de proceso. Cuando el litigio tenga por objeto exclusivo exigir a una o más Coaseguradoras la cuota de indemnización que le corresponde, habiendo sido ya satisfecha por las demás, la demanda se dirigirá exclusivamente contra las compañías deudoras de la prestación.

El presente contrato puede ser resuelto:

1. Por la Entidad Aseguradora en nombre de todas las Coaseguradoras en todos los casos en que la Ley y el presente contrato conceden a los aseguradores la facultad de resolución.
2. Por el Tomador del seguro en los casos previstos en la Ley y en este contrato dirigiéndose únicamente a la Entidad Aseguradora.

La acción de resolución o de no prorrogar el contrato es indivisible y sólo podrá ser ejercida por la abridora, en nombre de todos los Coaseguradores. En consecuencia, la separación o exclusión del cuadro de una coaseguradora sólo podrá tener lugar con motivo de la prórroga del contrato, en los términos que se fijan en el párrafo siguiente:

El Tomador del seguro podrá oponerse a la prórroga del presente contrato, ya sea en su totalidad, ya sea respecto a una o más de las compañías coaseguradoras, dirigiéndose, en ambos casos a la Entidad Aseguradora y a las Compañías Coaseguradoras afectadas. El mismo derecho tendrá la Entidad Aseguradora, que deberá notificar la denuncia total o parcial del contrato al Tomador y a las compañías afectadas. Igualmente cada una de las Coaseguradoras podrá oponerse a la prórroga de su participación en el contrato, notificando al Tomador y a la Entidad Aseguradora con antelación a los dos meses previstos en la Ley.

En todos los supuestos la comunicación de la resolución, o de la negativa a la prórroga, deberá ser realizada con la antelación prevista en este contrato.

El Tomador y/o asegurado y las entidades coaseguradoras de este riesgo, prestan su conformidad al contenido del presente contrato mediante la firma del mismo, quedando entendido que lo establecido en las cláusulas anteriores no implica que las Coaseguradoras respondan solidariamente el cumplimiento de las obligaciones que asumen por esta póliza. La responsabilidad de cada una de ellas es propia e independiente de la de las restantes Coaseguradoras, determinándose de conformidad con los porcentajes fijados en el cuadro de coaseguro y sin que por ningún concepto pueda exigírseles el pago de indemnizaciones que excedan de las que resulten de la aplicación de dichos porcentajes.

Hecho por duplicado en Madrid a 10 de marzo de 2025

Por el Asegurado /
Tomador del seguro

Por las Entidades
Aseguradoras

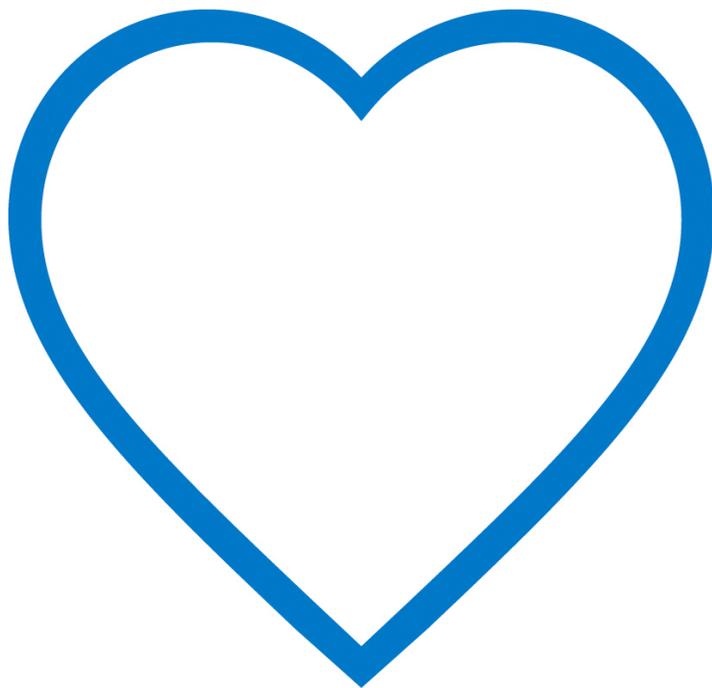


Javier Ibañez
Sanitas, S.A. de Seguros



Bernardino Gómez Aritmendi
**BanSabadell Seguros
Generales, S.A. de Seguros
y Reaseguros**

SERVICIOS PRESTADOS POR SANITAS MAYORES



Servicios prestados por Sanitas Mayores

Sin perjuicio de las coberturas aseguradas ofrecidas en esta póliza, y de manera adicional y ajena a las mismas, los Asegurados tendrán derecho a acceder a determinados servicios prestados por SANITAS MAYORES S.L. en las condiciones indicadas a continuación:

Servicio de Asesoramiento

El servicio de asesoramiento tiene como finalidad facilitar al mayor un mejor conocimiento e información sobre su estado de salud y la posibilidad de obtener ayudas públicas.

Este servicio comprende:

- Valoración geriátrica de la situación del mayor: la evaluación geriátrica integral permite detectar y cuantificar los problemas, necesidades y capacidades del mayor.

La valoración geriátrica será siempre con cita previa, pudiéndola concertar en el teléfono 900 373 079.

- Asesoramiento sobre el mejor servicio según las necesidades del mayor: con el resultado de la valoración geriátrica Sanitas le ayuda a elegir el recurso que mejor se adapte a sus necesidades (ayuda a domicilio, centro de día o residencia).
- Acompañamiento del mayor: una vez hemos elegido el recurso se le asesora y/o acompaña en la tramitación de ayudas públicas, ya sea para cuidador no profesional, ayuda económica para pagar la estancia de Centro de Día o Residencia, o apuntarse a la lista de espera de Plazas Públicas.

Comprende hasta un máximo de 1 servicio por cliente durante todas las anualidades que dicho cliente permanezca como tal en la póliza.

Servicio de sociabilidad

El servicio de sociabilidad pone al alcance del mayor la supervisión de profesionales altamente cualificados, que le ayudan a participar de forma continua en actividades que fomentan sus relaciones interpersonales, repercutiendo positivamente en su salud.

Este servicio comprende:

- Acceso a los Centros de Día: donde se incluye la posibilidad de acudir 1 día a la semana a los Centros de Día de la red de Sanitas Mayores. Durante el día que se pase en el centro podrá asistir a los talleres y actividades que se ofrezcan ese día en el centro siempre que sean de asistencia colectiva.

Se excluye el servicio de transporte al Centro de Día. Las actividades individuales que se presten en el Centro no están incluidas en este servicio.

- Invitación a fiestas en Centros de Día y Residencias Sanitas: los clientes podrán asistir a las fiestas que se celebren en las Residencias o Centros de Día pertenecientes a Sanitas Mayores, previa inscripción.
- Invitación a excursiones: se ofrece la posibilidad de participar en una excursión al mes. Las condiciones de dicha excursión serán las fijadas por el centro en cada caso, pudiendo el mayor participar en aquella que elija siempre que el centro tenga disponibilidad cuando éste lo solicite.

El servicio de comida sólo se prestará cuando sea ofrecido por el Centro, y quedará excluido cuando se preste en restaurante o cafetería ajeno.

Servicio asistencial

El servicio asistencial comprende uno de los siguientes servicios:

- Rehabilitación: se ofrece un plan de terapia física adecuado a las necesidades personales del mayor, tras realizarle una evaluación funcional previa.

Los programas de ejercicios de esta rehabilitación geriátrica están preparados y guiados por profesionales en fisioterapia y rehabilitación, y tienen el objetivo de compensar dentro de lo posible las consecuencias de la falta de actividad entre la población adulta.

- Fisioterapia preventiva: terapia física que pretende combatir o retardar los procesos involutivos de la edad y / o inactividad que pueden dar como resultado alteraciones de los órganos, aparatos y sistemas y aunque asintomáticos al principio, pueden evolucionar hasta lograr la incapacidad física del mayor.
- Gimnasia: consiste en un programa de acondicionamiento físico en el cual se pretende que los mayores mejoren su salud física y mental, así como que mantengan su autonomía para realizar las actividades cotidianas y retrasar la aparición de las enfermedades asociadas a esta edad.

El mayor podrá elegir entre uno de los tres servicios indicados y tendrá derecho a una clase en grupo a la semana de rehabilitación, fisioterapia o gimnasia, dependiendo de la opción elegida, de las prestadas en los Centros de Día o Residencias de la red de Sanitas Mayores.

En este servicio quedan excluidas las sesiones o clases individuales.

Otros beneficios

Los mayores que figuren como Asegurados de este producto tendrán preferencia en las listas de espera a la hora de solicitar plaza en una Residencia de Sanitas.

Además, disfrutarán de 100€ de descuento al mes sobre la cantidad a abonar durante su estancia en la Residencia o 50€ de descuento al mes sobre la cantidad a abonar de su estancia en el Centro de Día, para jornada a tiempo completo. En caso de no coincidir la estancia con una mensualidad completa, el descuento será proporcional al periodo efectivo de estancia.

Oferta no aplicable a aquellos asegurados que fueran beneficiarios de alguno de dichos servicios con anterioridad a su alta como asegurados en la póliza.

Los servicios detallados serán ofrecidos por SANITAS MAYORES como beneficio para los Asegurados de este producto. Los gastos derivados del resto de servicios y actividades que dichos Asegurados pudieran realizar en las residencias correrían a cargo del cliente que únicamente accederá a un descuento sobre el precio de mercado.

El teléfono 900 373 079 está disponible para cualquier información sobre las residencias y los servicios ofrecidos por Sanitas Mayores así como para concertar cualquier cita.