

CONDICIONES GENERALES

Sabadell Protección Dental



B Sabadell
Protección



17/09/2021

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	4
Clausula I: Objeto de su seguro.....	5
Cláusula II: Forma de prestar los servicios	6
Cláusula III: Otros aspectos del seguro	7
1. Bases y pérdida de derechos del contrato	7
2. Duración del seguro.....	8
3. Primas del seguro.....	8
4. Aportación de informes	10
5. Reclamaciones.....	10
6. Otros aspectos legales a tener en cuenta	11
7. Cláusula de protección de datos	11
8. Jurisdicción.....	20
9. Concurrencia de seguros	20
10. Prevención del blanqueo de capitales y de la financiación del terrorismo	20
11. Cómo contactar con nosotros	20
12. Cláusula de coaseguro	20



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.

Clausula I: Objeto de su seguro

Las prestaciones aseguradas por esta póliza son las especificadas en el documento *Prestaciones Dentales Aseguradas*, anexo a las Condiciones Particulares y que forma parte integrante e inseparable de las mismas y de estas Condiciones Generales. Están clasificadas del siguiente modo:

1. Sin franquicia: el Asegurado no tiene que abonar al odontólogo cantidad alguna, **salvo en el supuesto de que su póliza lleve aparejados copagos y estos vendrán especificados en las Condiciones Particulares de su póliza.**

2. Con franquicia: el Asegurado **deberá abonar por la prestación solicitada el importe en concepto de franquicia** determinado para la misma en el documento *Prestaciones Dentales Aseguradas*, anexo a las Condiciones Particulares de esta póliza.

En el caso de que se produjera alguna modificación en las prestaciones aseguradas o en el importe de las franquicias, el Asegurador comunicará dichas modificaciones con dos meses de antelación a la fecha de su entrada en vigor, suponiendo el pago de la prima la aceptación de dichos cambios.

Cláusula II: Forma de prestar los servicios

1. Prestaciones aseguradas a través del cuadro médico de la Entidad Aseguradora

Las prestaciones aseguradas en esta póliza se realizarán en todas las poblaciones donde la Entidad Aseguradora cuente con cuadro médico concertado. Cuando en cualquiera de las poblaciones donde radique dicha representación o cuadro médico concertado no exista alguno de los servicios comprendidos en el contrato, serán facilitados en la provincia donde los mismos puedan realizarse, a elección del Asegurado. Los Asegurados podrán acudir libremente a las consultas de los facultativos especialistas que forman parte del cuadro médico de la Entidad Aseguradora.

La Entidad Aseguradora no se hace responsable de los honorarios de facultativos ajenos a su cuadro médico, ni de los gastos de servicios que dichos facultativos ajenos pudieran ordenar.

Con carácter general, **será necesaria la previa autorización expresa de la Entidad Aseguradora para intervenciones quirúrgicas, métodos terapéuticos y pruebas diagnósticas**, previa prescripción escrita de los facultativos y/o odontólogos de la Entidad. La Entidad Aseguradora otorgará esta autorización, salvo que entendiéndose que se trata de una prestación no cubierta por la Póliza. Dicha autorización vinculará económicamente a la Entidad Aseguradora. No obstante lo anterior, en los casos de urgencia vital será suficiente, a estos efectos, la orden del médico de la Entidad Aseguradora, debiendo el Asegurado notificar el hecho a la Entidad y obtener su confirmación dentro de los 7 días siguientes a la prestación del servicio asistencial. En estos supuestos de urgencia, la Entidad Aseguradora quedará vinculado económicamente hasta el momento en que manifieste sus reparos a la orden del médico, en el caso de entender que la póliza no cubre el acto médico.

2. Otras consideraciones

- La incorporación en la cobertura de la póliza de nuevos procedimientos diagnósticos, terapéuticos y nuevas tecnologías se hará conforme a los principios de la medicina basada en la evidencia una vez que hayan demostrado su efectividad y seguridad, y exista suficiente disponibilidad para su realización en los medios concertados de la Entidad Aseguradora. El hecho de que un procedimiento asistencial, consulta, medio diagnóstico o terapéutico sea prescrito u ordenado por un facultativo, no implica en sí, que sea necesario desde el punto de vista médico.
- Según dispone el artículo 103 de la Ley de Contrato de Seguro, el Asegurador asume la necesaria asistencia de carácter urgente, de acuerdo con lo previsto en las condiciones de la póliza.
- Todas las prestaciones aseguradas que en virtud de la póliza asuma el Asegurador serán facilitadas desde el momento de entrar en vigor el contrato.
- Preexistencias: Quedan cubiertas todas las afecciones patológicas preexistentes.
- Los niños de edad inferior a seis años incluidos en la póliza, tendrán derecho a las prestaciones indicadas en el presente contrato, quedando exentos del pago de la prima correspondiente. **Al cumplir los seis años de edad devengará la prima que en ese momento esté establecida.**

Cláusula III: 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, profesión, prácticas de deporte del Asegurado y en general aquellos hábitos de vida que puedan tener relevancia para una correcta valoración del riesgo que es objeto de aseguramiento por esta póliza siendo esencial que el Tomador/Asegurado facilite una información veraz y completa sobre las cuestiones planteadas al constituir éstas la base para la aceptación del riesgo del presente contrato, del cual la citada Solicitud de Seguro forma parte integrante.**

1.2. El 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.

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

2 Duración del seguro

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

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

En caso de que la póliza del Seguro sea resuelta por parte del Asegurado, las coberturas cesarán en todo caso en la fecha de vencimiento establecida en las Condiciones Particulares de la póliza, sin que resulte de aplicación 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 o salvo que la extinción de la póliza sea motivada por dolo o culpa grave del asegurado.

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

a) Por fallecimiento.

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

Aseguradora hasta la fecha en la que el Asegurado comunique y acredite dicha circunstancia.

c) 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.

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

3 Primas del seguro

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

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

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

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

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

3.5. En caso de estipularse por las partes la aplicación de copagos a determinadas prestaciones aseguradas por esta póliza, los importes correspondientes a dichos copagos serán los específicamente establecidos en las Condiciones Particulares de la Póliza. Su importe se fijará anualmente por 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.

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

será el que figure en la domiciliación bancaria.

Con este fin, el Tomador del Seguro entregará a 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.

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

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

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

3.9. 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.

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

4. 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.

5. Reclamaciones

5.1. 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 Según se establece en la Ley de Consumo de Cataluña 22/2010 de 20 de julio publicada en el Diari Oficial de Catalunya nº 5677, los clientes residentes en Cataluña pueden formular su incidencia o reclamación en el teléfono gratuito 900 841 275 o bien en cualquiera de nuestras oficinas en Cataluña (oficina principal en Av. Diagonal 443 de Barcelona).

3. 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.

4. 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.

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

5.2. 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).

6. Otros aspectos legales a tener en cuenta

6.1. 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.

6.2. Comunicaciones

6.2.1. 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.**

6.2.2. El Tomador acepta la plena validez y eficacia de cualquier notificación remitida por la Entidad Aseguradora a la dirección física o electrónica o al teléfono del Tomador facilitada por éste en el momento de realizar la solicitud de seguro, mientras no comunique un cambio de la misma.

El Tomador autoriza a la Entidad Aseguradora a que utilice su número de teléfono móvil y su correo electrónico para remitirle todas las notificaciones, comunicaciones relacionadas con su póliza, como por ejemplo la revisión anual del importe de la prima, modificaciones en el contrato de seguro etc.

7. 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.

7.1 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**”). Sanitas es 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.

7.2 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 adaptan 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 de 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 científicas 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

7.3 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.

7.4 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.

7.5 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 entiende 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.

7.6 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.

Los Interesados, y en su caso quien los represente, pueden ejercer estos derechos en cualquier momento, gratuitamente (salvo que la solicitud sea excesiva o infundada) mediante solicitud escrita y firmada, acompañada de 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 Seguros o, a través del portal "M i S a n i t a s" (<http://www.sanitas.es/misanitas/online/clientes/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.

7.7 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.

7.8 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.

7.9 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.

7.10 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.

8. Jurisdicción

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

9. Concurrencia de seguros

Si el Asegurado tiene derecho a recibir pagos de otros seguros de enfermedad obligatorios o privados, o de seguros obligatorios de accidentes o pensiones, la Entidad Aseguradora sólo será responsable del pago de los gastos que excedan de aquéllos que cubren tales seguros.

En la medida en que pueda reclamarse indemnizaciones en virtud de otros contratos de seguro en el caso de que se produzca un hecho asegurado, prevalecerán estas obligaciones de pago.

La cobertura bajo esta póliza se considerará que actúa en último lugar respecto cualquier otra póliza o pólizas de análoga cobertura por las que las personas aseguradas pudieran tener también cobertura. En caso de que las personas aseguradas tengan cobertura bajo cualquier otra póliza o pólizas de análoga cobertura; la responsabilidad del asegurador quedará limitada, siempre dentro del límite de indemnización, a la cantidad en exceso de la que habría sido pagada bajo esa otra póliza o pólizas de no haber tenido efecto este seguro, excepto en el caso de que dicha otra póliza o pólizas fueran contratadas específicamente como pólizas en exceso de esta Póliza.

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 acaecieren. 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 afectas. 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 17 de septiembre de 2021

Por el Asegurado / Tomador del seguro Por las Entidades Aseguradoras



Javier Ibañez
Sanitas, S.A. de Seguros



Claudio Chiesa
**BanSabadell Seguros
Generales, S.A. de Seguros
y Reaseguros**