

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
3.2.1. Estudios Genéticos.....	14
3.3. Anatomía Patológica.....	15
3.4. Anestesiología.....	15
3.5. Angiología y Cirugía Vasculard.....	15
3.6. Aparato Digestivo.....	15
3.7. Cardiología.....	15
3.8. Cirugía Cardiovascular.....	16
3.9. Cirugía General y del Aparato Digestivo.....	16
3.10. Cirugía Maxilofacial.....	16
3.11. Cirugía Ortopédica y Traumatológica.....	16
3.12. Cirugía Pediátrica.....	16
3.13. Cirugía Reparadora.....	16
3.14. Cirugía Torácica.....	16
3.15. Dermatología.....	16
3.16. Endocrinología.....	16



3.17. Geriatria.....	16
3.18. Hematología y Hemoterapia.....	16
3.19. Medicina Interna.....	16
3.20. Medicina Nuclear.....	16
3.21. Nefrología.....	17
3.22. Neumología.....	17
3.23. Neurocirugía.....	17
3.24. Neurofisiología Clínica.....	17
3.25. Neurología.....	17
3.26. Obstetricia y Ginecología.....	17
3.26.1. Cirugía de la Mama.....	18
3.26.2. Asistencia de Neonatología.....	19
3.26.3. Asistencia al recién nacido.....	19
3.27. Oftalmología.....	19
3.28. Oncología Médica.....	19
3.29. Otorrinolaringología.....	20
3.30. Psiquiatría.....	20
3.31. Radiodiagnóstico-Diagnóstico por Imagen.....	20
3.32. Radioterapia.....	20
3.33. Rehabilitación.....	21
3.34. Reumatología.....	21
3.35. Urología.....	21
4. Otros servicios asistenciales.....	21
4.1. Ambulancia.....	21
4.2. Atención Especial en Domicilio.....	22
4.3. Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matronas).....	22
4.4. Fisioterapia.....	22
4.5. Logopedia y foniatría.....	23
4.6. Nutrición.....	23
4.7. Odontología.....	23
4.8. Podología (exclusivamente Quiropodia).....	23
4.9. Prótesis.....	23
4.10. Programa Materno Infantil.....	24
4.11. Psicología.....	24
4.12. Terapias respiratorias domiciliarias.....	24
5. Asistencia hospitalaria.....	24
6. Medicina preventiva.....	25
COBERTURAS ADICIONALES DE LA PÓLIZA.....	26
Cobertura de accidentes de tráfico y laborales.....	27

Cobertura de asistencia de urgencias en el extranjero.....	27
Cobertura digital.....	30
Cobertura segunda opinión médica.....	34
Cláusula III: Coberturas excluidas.....	36
Cláusula IV: Periodos de carencia.....	41
Cláusula V: Forma de prestar los servicios.....	42
Cláusula VI: Otros aspectos del seguro.....	45
1. Bases y pérdida de derechos del contrato.....	45
2. Edad máxima de contratación.....	46
3. Duración del seguro.....	46
4. Primas del seguro.....	46
5. Altas de recién nacidos.....	48
6. Aportación de informes.....	48
7. Reclamaciones.....	48
8. Otros aspectos legales a tener en cuenta.....	49
9. Cláusula de protección de datos.....	50
10. Jurisdicción.....	58
11. Prevención del blanqueo de capitales y de la financiación del terrorismo.....	58
12. Cómo contactar con nosotros.....	59
13. Cláusula de coaseguro.....	59

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 (Autónomos)** 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.

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 hospitalares 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.

MEDICAMENTOS

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 profesional sanitario especializados.

Asimismo 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, endoscopia, aquellos procedimientos cubiertos que precisen láser.

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 cardiacos, 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, 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

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, clínicas y hospitales para su asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria, 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. **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.**

Los avances diagnósticos y terapéuticos que se vayan produciendo en la ciencia médica, con posterioridad a la fecha de efecto del presente contrato, podrán pasar a formar parte de las coberturas de esta póliza siempre que sean seguros, eficaces y estén universalizados y consolidados. En cada renovación de esta póliza, la Entidad Aseguradora comunicará las técnicas o tratamientos que se incluirán entre las coberturas de la póliza para el siguiente periodo.

Cláusula II: Coberturas

Las prestaciones que son objeto de esta póliza están condicionadas al cumplimiento de los periodos de carencia indicados más adelante y siempre y cuando sean patologías posteriores a la contratación de la póliza y no conocidas por el Asegurado o, siendo anteriores y conocidas por el Asegurado, hayan sido declaradas por éste a la Aseguradora sin que la Aseguradora haya excluido las mismas en el momento de la contratación de la póliza.

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 correspondientes a las siguientes especialidades:

1. Asistencia primaria

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 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

3.1. Alergología

Incluye la determinación de IgE específica frente a alérgenos completos (extractos naturales) pero **quedan excluidas de cobertura las determinaciones de IgE específica frente a alérgenos recombinantes e IgG4. Queda excluido el test cualitativo de anticuerpos IgE y el diagnóstico molecular de la alergia (microarrays).**

3.2. Análisis Clínicos

Quedan excluidos los test de disbiosis intestinal, test intolerancia alimentaria ALCAT, test de Actividad Diaminoxidasa (DAO), kit de paneles de anticuerpos de resultado cualitativo y PCR Múltiple.

3.2.1. Estudios Genéticos

Comprende exclusivamente aquellos estudios genéticos, **en paciente afecto y sintomático, cuya finalidad sea el diagnóstico de una determinada enfermedad que no pueda ser diagnosticada por otros estudios o pruebas complementarias, o aquellos que sean imprescindibles para pautar un tratamiento (salvo los estudios genéticos excluidos expresamente en la Cláusula "Coberturas Excluidas"). También quedan excluidos de cobertura todos aquellos estudios genéticos con bajo rendimiento diagnóstico, es decir cuando la probabilidad de poder diagnosticar la enfermedad aplicando la realización del estudio genético sea menor del 10%. Requiere autorización previa de la Entidad Aseguradora tras valoración de informe médico.**

Incluye el estudio de los genes BRCA 1 y BRCA 2 o el panel genético para estudio de cáncer hereditario de mama y ovario en sangre periférica en las siguientes indicaciones:

A) paciente sin antecedente personal de cáncer de mama u ovario que cumpla los siguientes requisitos:

- con 2 o más familiares de 1º o 2º grado menor de 50 años afectado por cáncer de mama
- con 2 o más familiares de 1º o 2º grado afectado por cáncer de ovario a cualquier edad
- con 2 o más familiares de 1º o 2º grado menor de 50 años afectado por cáncer de mama y por cáncer de ovario a cualquier edad

B) paciente mayor de 50 años con antecedente de cáncer de mama

- con 2 o más familiares de 1º o 2º grado menor de 50 años afectado por cáncer de mama
- con 2 o más familiares de 1º o 2º grado afectado por cáncer de ovario a cualquier edad
- con 2 o más familiares de 1º o 2º grado menor de 50 años afectado por cáncer de mama y por cáncer de ovario a cualquier edad

C) paciente varón con cáncer de mama

D) paciente menor de 50 años con cáncer de mama

E) paciente con cáncer de ovario (+/-) cáncer de mama

Incluye el estudio molecular HLA DQ2/DQ8 **exclusivamente para menores de 16 años que cumplan estos tres criterios:**

- con sospecha clínica fundada
- anticuerpos IgA antitranglutaminasa en sangre positivos con valores 10 veces por encima del valor normal
- anticuerpos IgA antiendomiso en sangre positivos

Queda excluido el tipaje DNA HLA clase I y II, estudio de PCA3, secuenciación genómica, estudio del exoma clínico genético completo, microarray, farmacogenética (excepto el estudio para la determinación del déficit de dihidropirimidina deshidrogenasa) y terapia génica.

3.3. Anatomía Patológica

Incluye la realización de las siguientes dianas terapéuticas: BRAF, ALK, K-RAS, N-RAS, HER2, EGFR, C-KIT, ROS-1, PDL-1, Inestabilidad de Microsatélites en cáncer de colon, metilación MGMT en tumores cerebrales, BRCA1 y BRCA2 somático en cáncer de ovario previas a la administración de determinados fármacos, siempre que en la ficha técnica de dicho fármaco establecida por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, se exija su determinación. Estos criterios se aplican igualmente en la especialidad de estudios genéticos.

3.4. Anestesiología

3.5. Angiología y Cirugía Vascular

3.6. Aparato Digestivo

La elastografía hepática está cubierta, una vez al año por Asegurado, solo para

evaluar la evolución del grado de fibrosis hepática en hepatopatías crónicas, con exclusión de las que tienen alguna relación con el alcoholismo.

La técnica de disección endoscópica submucosa **se incluye únicamente para el tratamiento de lesiones de la mucosa gástrica/colorectal, premaligna o maligna incipiente en las que se ha descartado polipectomía convencional y que se plantea el tratamiento quirúrgico. Requiere autorización previa de la Entidad Aseguradora tras valoración de informe médico.**

Incluye la realización de Entero-resonancia.

Se excluye el tratamiento de balón intragástrico y cualquier tratamiento endoscópico de obesidad.

Incluye el tratamiento con radiofrecuencia del esófago de Barret en displasias leves extensas de más de 5cm y displasias moderadas o de alto grado.

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

3.7. Cardiología

Incluye la realización de Resonancia cardiaca y resonancia cardiaca de estrés así como el medicamento necesario para la realización de esta prueba. La determinación de Troponina queda cubierta **únicamente en régimen de ingreso hospitalario.**

Se incluye la navegación cardiaca tridimensional en electrofisiología cardiaca **exclusivamente para las siguientes indicaciones: fibrilación auricular, arritmias en cardiopatía congénita, arritmias ventriculares hereditarias y taquicardias ventriculares relacionadas con cicatriz de etiología isquémica.**

Queda excluido el hólter implantable subcutáneo.

3.8. Cirugía Cardiovascular

Queda excluida la técnica de crioablación y las técnicas percutáneas para el recambio o reparación de válvulas cardíacas.

3.9. Cirugía General y del Aparato Digestivo

Incluye la cirugía por vía laparoscópica. En el tratamiento de hemorroides se incluyen las técnicas de extirpación y láser, así como la esclerosis con el uso de bandas elásticas, siendo estas últimas a cuenta del Asegurado.

Queda excluida la laparoscopia 3D, la cirugía bariátrica en obesidad, la cirugía metabólica en diabetes y cualquier tipo de abdominoplastia o cirugía de componente estético.

3.10. Cirugía Maxilofacial

Comprende el diagnóstico y tratamiento quirúrgico 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 protésicas.

3.11. Cirugía Ortopédica y Traumatológica

Incluye la cirugía por vía artroscópica. Queda excluida la cirugía endoscópica de columna así como otras técnicas nuevas de reciente aparición salvo que se haya comunicado por la Entidad Aseguradora en escrito dirigido al Tomador su inclusión en cobertura.

3.12. Cirugía Pediátrica

En idénticos términos y condiciones que la cirugía de adultos.

3.13. Cirugía Reparadora

Quedan excluidas las cirugías de rinoseptoplastia, cirugía para diástasis de rectos y la cirugía del lipedema. Queda excluida cualquier intervención con componente estético, incluidas las que se fundamenten en razones psicológicas.

3.14. Cirugía Torácica

3.15. Dermatología

3.16. Endocrinología

3.17. Geriatría

3.18. Hematología y Hemoterapia

Incluye trasplantes autólogos tanto de médula ósea como de células progenitoras de sangre periférica, **exclusivamente para tratamientos de tumores de estirpe hematológica.**

El estudio del inmunofenotipo leucocitario sólo queda cubierto en estudio de leucemias y linfomas.

3.19. Medicina Interna

3.20. Medicina Nuclear

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

El PET y PET/ TC exclusivamente con el 18-fludexoglicosa (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-fludexoglicosa (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:

Equinococosis 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.

3.21. Nefrología

Incluye las técnicas de diálisis exclusivamente en procesos agudos. **Quedan excluidos los tratamientos crónicos de diálisis y hemodiálisis.**

3.22. Neumología

Incluye la ecobroncoscopia en las siguientes indicaciones:

- TBNA (aspiración con aguja transbronquial guiada por ultrasonido endobronquial) negativa
- la estadificación de un mediastino radiológicamente normal en cáncer de pulmón sospechado o confirmado
- la re-estadificación tras quimioterapia de inducción
- el diagnóstico de masas mediastinales, hiliares peribronquiales, paratraqueales o intrapulmonares

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

3.23. Neurocirugía

Incluye exclusivamente la cirugía con asistencia de neuronavegación quirúrgica para los procesos intracraneales, y la monitorización electrofisiológica intraoperatoria para procesos intracraneales y para cirugía de columna.

Queda excluida la cirugía endoscópica de columna así como otras técnicas nuevas de reciente aparición salvo que se haya comunicado por la Entidad Aseguradora en escrito dirigido al Tomador su inclusión en cobertura.

3.24. Neurofisiología Clínica

3.25. Neurología

3.26. Obstetricia y Ginecología

Incluye las intervenciones ginecológicas por vía laparoscópica.

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 también planificación familiar: ligadura de trompas, implantación del DIU (**siendo el dispositivo por cuenta del Asegurado** independientemente de la finalidad terapéutica del mismo) y el seguimiento del tratamiento con anovulatorios.

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 así como el uso de plataformas genómicas para el pronóstico del cáncer de mama (ONCOTYPE, MAMMAPRINT, PROSIGNA) prescritas por un especialista del cuadro médico y siempre que sea preciso para el tratamiento de conformidad con las recomendaciones establecidas respectivamente por cada una de las plataformas genómicas ya indicadas. **Requiere autorización previa de la Entidad Aseguradora tras valoración de informe médico.**

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.

Queda excluido los niveles de PLGF y SFLT1 (indicadores de preeclampsia).

Incluye rehabilitación de suelo pélvico **exclusivamente para mujeres con incontinencia urinaria moderada-severa derivada de un embarazo y parto, con un límite máximo de 1 año después del parto siempre que éste haya sido autorizado por la Entidad Aseguradora. Se cubre hasta un máximo de 5 sesiones por parto.**

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.

3.26.1. Cirugía de la Mama

La cirugía de mama está en cobertura en las siguientes situaciones:

- Procesos tumorales benignos. **Excluye la reconstrucción mamaria.**
- Procesos tumorales malignos: incluye la cirugía en la mama afecta y la cirugía profiláctica de la mama contralateral si se considera una opción terapéutica tras el resultado del BRCA1 y BRCA2. Incluye la reconstrucción mamaria posterior.
- Personas no afectas de cáncer de mama en las que la cirugía profiláctica de mama se considera una opción terapéutica tras el resultado de BRCA1 y BRCA2. Incluye la reconstrucción mamaria posterior.

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

Las técnicas de reconstrucción contempladas en la cobertura son exclusivamente: **reconstrucción mamaria con expansores y prótesis, reconstrucción con colgajo músculo-cutáneo de dorsal ancho, reconstrucción DIEP y reconstrucción TRAM.**

3.26.2. Asistencia de Neonatología

Comprende el reconocimiento médico, administración de vacunas, y realización de aquellas pruebas que de manera sistemática se efectúan al recién nacido durante sus primeras 48 horas de vida, de conformidad con el protocolo asistencial aplicable según cada comunidad autónoma, **excluyendo cualquier prestación médica que sea consecuencia de una patología o complicación al nacer.**

3.26.3. Asistencia al recién nacido

Comprende los gastos derivados de la asistencia sanitaria al recién nacido, **siempre y cuando esté dado de alta como asegurado en la Entidad Aseguradora y cuente con dicha cobertura.**

Cualquier gasto derivado de la gestación por sustitución (gestación subrogada), tanto de la madre como del recién nacido, no es objeto de cobertura por la Póliza.

3.27. Oftalmología

Incluye la fotocoagulación por láser **exclusivamente para retinopatías isquémicas, edema macular, glaucoma y lesiones periféricas retinianas (agujeros o desgarros); el cross linking corneal para el tratamiento del queratocono; y la cirugía para el trasplante de córnea** siendo la córnea a trasplantar por cuenta de la Entidad Aseguradora.

Queda excluida la ortóptica, la pleóptica y la cirugía refractiva de cualquier tipo (para miopía, hipermetropía, presbicia y astigmatismo).

3.28. Oncología Médica

La prescripción del tratamiento deberá ser siempre realizada por el especialista en Oncología Médica que esté encargado de la asistencia al enfermo. Los tratamientos correrán por cuenta de la Entidad Aseguradora, siempre que se apliquen en centro asistencial, tanto en régimen de Unidad de Día Oncológica, como en ingreso cuando éste fuera necesario.

Incluye los medicamentos específicamente citostáticos, **cuya comercialización se encuentre autorizada en el mercado nacional y siempre que se empleen en aquellos tratamientos para los que se encuentre expresamente indicado de conformidad con la ficha técnica del producto y cuya administración sea por vía parenteral, en tantos ciclos como sea necesario, o mediante instilación vesical.**

Incluye la quimioterapia intraperitoneal, **en el caso de carcinomatosis peritoneal por tumores de ovario o de origen digestivo; y la quimioterapia intratecal en el caso de linfomas de alto grado o carcinomatosis meníngea.**

Incluye también los medicamentos sin efecto antitumoral **que se administren de forma simultánea junto a los citostáticos durante la sesión de quimioterapia, para evitar sus efectos adversos o secundarios.**

Incluye el uso de Ioduro (131I) de sodio **para el tratamiento del hipertiroidismo y del cáncer de tiroides, así como el uso de Citrato de ytrio (90Y) para la sinoviortesis radioisotópica.**

Incluye el estudio para descartar déficit de dihidropirimidina deshidrogenasa en **pacientes candidatos a tratamiento con dihidropirimidina por vía parenteral.**

Quedan expresamente excluidos de cobertura asegurada los tratamientos experimentales, los de uso compasivo, la terapia hormonal, los inmunoestimulantes, los inmunosupresores, la terapia génica y los realizados para indicaciones no

recogidas en la ficha técnica del medicamento.

3.29. Otorrinolaringología

Incluye la cirugía mediante láser CO2 y radiofrecuencia.

Queda excluido el coste de los implantes cocleares así como todas las consultas y pruebas diagnósticas pre y postquirúrgicas para el ajuste del dispositivo. Se excluye cualquier rinoplastia excepto la secundaria a traumatismo o cirugía previa no estética, que siempre deberá ser realizada previa valoración por informe médico, por un médico de esta especialidad.

3.30. Psiquiatría

El ingreso psiquiátrico **sólo se cubre en régimen de ingreso (es decir con pernocta) y sólo comprende el tratamiento de brotes agudos. Queda limitado a un periodo máximo de 50 días por asegurado/ año.**

3.31. Radiodiagnóstico-Diagnóstico por Imagen

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

También incluye:

A) La colonografía realizada mediante tomografía computarizada (TC) en las siguientes indicaciones:

- Cribado de cáncer de colon y poliposiscolónica en pacientes sin historia clínica conocida de cáncer de colon, poliposis o enfermedad inflamatoria intestinal, siempre que presenten antecedentes familiares de estas patologías o sean candidatos al cribado por edad (a partir de 50 años).
- Cribado de cáncer de colon y poliposiscolónica en pacientes en los que la colonoscopia convencional esté contraindicada por su situación clínica o entrañe un mayor riesgo.

- Como complemento a la colonoscopia convencional cuando ésta no haya podido alcanzar la longitud completa del colon.

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

B) La coronariografía por TC: **únicamente para pacientes sintomáticos que presenten baja o intermedia probabilidad de enfermedad coronaria, en los que no sea posible realizar una prueba de detección de isquemia o ésta sea negativa o no concluyente; pacientes asintomáticos pero con prueba de detección de isquemia positiva o dudosa; para estudio de anomalías coronarias: sospecha de anomalía o identificación del trayecto en paciente ya diagnosticado; para evaluación de venas pulmonares previa a ablación de fibrilación auricular; para estudio coronario previo a cirugía valvular cardiaca y para evaluación de stents o injertos coronarios.**

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

Queda excluida la valoración del score cálcico.

3.32. Radioterapia

Es objeto de cobertura la radioterapia exclusivamente para procesos oncológicos y **únicamente a través de las siguientes técnicas: radioterapia de intensidad modulada (IMRT), radioterapia externa conformacional 3D, radioterapia estereotáxica cerebral y corporal (IGRT/SBRT), radioterapia intraoperatoria y braquiterapia.**

Incluye también la radiocirugía estereotáxica para el tratamiento de procesos tumorales, principalmente malignos, malformaciones arteriovenosas cerebrales y como último escalón terapéutico en la neuralgia de trigémino.

Se excluye la protonterapia y neutronterapia así como otras técnicas distintas de las mencionadas expresamente salvo que se haya comunicado por la Entidad Aseguradora en escrito dirigido al Tomador su inclusión en cobertura.

Precisa autorización previa y por escrito de la Entidad Aseguradora tras valoración con informe médico facilitado por el Asegurado.

Se excluye la radioembolización con esferas.

3.33. Rehabilitación

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

3.34. Reumatología

3.35. 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 4 o PIRADS 5.**

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

Incluye la fotovaporización y enucleación de próstata con láser.

Incluye la litotricia endoureteral y vesical con láser.

Queda excluida la crioterapia prostática, electroporación irreversible y otras técnicas focales.

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

4.1. Ambulancia

Serán objeto de cobertura los traslados realizados en ambulancia, desde el lugar donde se encuentre el asegurado hasta aquél hospital donde va a ingresar en régimen de hospitalización o acuda por urgencia y bajo la cobertura de la Entidad Aseguradora. Quedan igualmente cubiertos los traslados de retorno del asegurado desde el Hospital hasta su domicilio, así como los producidos entre centros hospitalarios del cuadro médico de la Entidad Aseguradora debido a que los recursos asistenciales en el hospital donde se encuentre el Asegurado no son los que su atención médica requiere. Igualmente quedan cubiertos los traslados para tratamientos de quimioterapia y radioterapia en Hospital de Día. En todos estos supuestos el servicio se prestará por vía terrestre, dentro de territorio nacional, a través de los medios concertados por la Entidad Aseguradora y siempre que el estado físico del asegurado impida su traslado por otro medio ordinario (taxi, vehículo particular, etc.) y sea autorizado a

través del servicio telefónico 24 horas de la Entidad Aseguradora.

Esta prestación no incluye los traslados requeridos para la realización de tratamientos de fisioterapia, pruebas diagnósticas, ni para asistencia a consultas, ni en general cualquier otro no contemplado en el párrafo anterior. Están por tanto excluidos de cobertura los servicios prestados por proveedores no concertados o por el Servicio público de salud dependiente de la Comunidad Autónoma o de la Administración Central.

4.2. Atención Especial en Domicilio

Se llevará a cabo, **siempre que la Entidad Aseguradora tenga concertada la prestación de este servicio en dicho lugar**, por los equipos sanitarios que designe la Entidad Aseguradora, cuando la patología del enfermo requiera cuidados especiales sin llegar a precisar ingreso hospitalario ni equipamiento especializado, **siempre previa prescripción del médico y autorización de la Entidad Aseguradora tras valoración con informe médico facilitado por el Asegurado. La medicación, el material y el equipamiento siempre será por cuenta del Asegurado. No comprende la asistencia a problemas de tipo social.**

4.3. Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matronas)

La asistencia al parto por matrona se realizará en todo caso en régimen de ingreso hospitalario.

4.4. Fisioterapia

Está comprendida únicamente con carácter ambulatorio y **exclusivamente para las afecciones de origen en el aparato locomotor**, considerando como tales exclusivamente aquellas estructuras del cuerpo humano que realizan la función de locomoción o desplazamiento, no aquellas por tanto como la articulación temporomandibular 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 terapia con ondas de choque para **lesiones osteotendinosas crónicas (más de 6 meses de evolución) del aparato locomotor con un límite de 5 sesiones por articulación/año.**

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

En régimen de ingreso hospitalario se prestará **sólo y exclusivamente para la recuperación del aparato locomotor secundaria a una cirugía ortopédica y la recuperación cardiaca inmediata tras un infarto agudo de miocardio y tras la cirugía con circulación extracorpórea.**

También incluye el drenaje linfático tras cirugía por proceso oncológico. **Requiere autorización previa de la Entidad Aseguradora tras valoración de informe médico.**

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

Queda excluido cualquier tipo de tratamiento de fisioterapia a domicilio.

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.

4.5. 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.**

4.6. Nutrición

El acceso a esta especialidad tendrá que ser **prescrito por especialistas en endocrinología, oncología, medicina interna, geriatría o pediatría 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).

4.7. Odontología

Comprende exclusivamente consultas, extracciones de piezas dentales (pieza simple, cordales, piezas incluidas y restos radiculares), y limpiezas de boca, realizados en consulta.

4.8. Podología (exclusivamente Quiropodia)

Se cubre **exclusivamente quiropodia** entendiendo 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.

4.9. Prótesis

Comprende exclusivamente las prótesis internas y materiales implantables internos expresamente indicados a continuación.

En aquellos casos en los que así lo requiera la Entidad Aseguradora, el Asegurado deberá facilitar los informes y/o presupuestos.

1. Oftalmología: incluye **exclusivamente la lente intraocular monofocal simple, excluida la tórica, la lente monofocal plus, la lente de foco extendido y cualquier otro modelo de lente monofocal avanzada,** utilizada para la cirugía de cataratas. Incluye también el tejido corneal procedente **exclusivamente de banco de tejido nacional para el trasplante de cornea.**

2. Traumatología y Cirugía Ortopédica: prótesis de cadera, de rodilla, y de otras articulaciones; material necesario para la fijación de columna; disco intervertebral; material de interposición intervertebral (intersomático o interespinoso); material necesario para vertebroplastia-cifoplastia; material osteo-ligamentoso biológico obtenido de bancos de tejidos nacionales; material de

osteosíntesis; sustitutos óseos **exclusivamente para cirugía de columna y rellenos óseos tras cirugía tumoral.**

3. Área Cardiovascular: las siguientes prótesis vasculares: stent; by-pass periférico o coronario, medicalizado o no medicalizado; la endoprótesis de aorta, que requerirá autorización expresa de la Entidad Aseguradora tras valoración de informe médico; válvulas cardíacas, **con exclusión de las válvulas o dispositivos de reparación valvular implantadas por vía percutánea o transapical;** los conductos valvulados aórticos siempre que estén asociados a una cirugía valvular aórtica; marcapasos **con exclusión de cualquier tipo de desfibrilador y de corazón artificial; coils y/o material de embolización.**

4. Quimioterapia o Tratamiento del Dolor: reservorios.

5. Otros materiales quirúrgicos: mallas abdominales, excepto las mallas biológicas; stent biliar; endoprótesis esofágica, duodenal y colónica; endoprótesis ureteral; sistemas de suspensión urológica; sistemas de derivación de líquido cefalorraquídeo (hidrocefalia); prótesis testicular, prótesis de mama y expansores, tanto en la mama afectada por una cirugía tumoral previa como en los casos en los que la mastectomía profiláctica se considere una opción terapéutica tras el resultado del BRCA1 y BRCA2.

6. Materiales de fijación ósea en cirugías craneales y/o maxilofaciales. Incluye sustitutos óseos exclusivamente para rellenos óseos tras cirugía tumoral.

4.10. Programa Materno Infantil

Comprende clases teóricas y prácticas de preparación al parto, exámenes de salud del niño, así como asesoramiento telefónico por profesionales de enfermería durante los seis primeros meses de vida del niño.

4.11. 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.

Asimismo comprende el diagnóstico psicológico simple. Los test psicométricos, **serán por cuenta del Asegurado.**

Comprende hasta un máximo de 4 consultas al mes y con un límite de 15 sesiones por asegurado y anualidad del seguro.

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

4.12. 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 oxígenos portátil.

b) Generación de presión positiva en la vía aérea con CPAP para tratamiento del Síndrome de Apnea-Hipopnea del Sueño. **Queda excluido el autoCPAP para este tratamiento.**

c) Ventiloterapia parcial con BIPAP y Aerosolterapia.

5. Asistencia hospitalaria

La hospitalización se realizará en clínica u hospital.

En caso de pernocta, el enfermo ocupará habitación individual convencional y cama de acompañante excepto en las

hospitalizaciones psiquiátricas, en U.V.I. e incubadora y serán por cuenta de la Entidad Aseguradora los gastos derivados de la realización de los métodos diagnósticos y terapéuticos, tratamientos quirúrgicos (incluidos gastos de quirófano y medicamentos **siempre que se empleen de conformidad con las indicaciones que figuran en la ficha técnica del producto, excepto medicación que no cuente con autorización para su comercialización en España**) y estancias con la **manutención del enfermo.**

Se excluye el uso de radiofármacos con fines terapéuticos excepto el uso del loduro (131) de sodio para el tratamiento del cáncer de tiroides.

Excluye la asistencia por motivos de tipo social.

6. Medicina preventiva

Incluye programas aplicados a poblaciones sanas que contemplan diferentes actividades como consulta médica, exploración física y pruebas diagnósticas básicas prescritas por el especialista correspondiente, para el diagnóstico precoz de enfermedades:

6.1. Pediatría: Comprende consulta con especialista, exámenes de salud del recién nacido (incluyendo detección de metabopatías así como detección precoz de la hipoacusia mediante otoemisiones acústicas o potenciales evocados auditivos en caso necesario) y exámenes periódicos de salud para el control del desarrollo infantil **(desde el nacimiento hasta los 11 años de edad).**

6.2. Aparato Digestivo: Incluye consulta con especialista y exploración física, así como pruebas diagnósticas básicas (por ejemplo, test de sangre oculta en heces o colonoscopia).

6.3. Cardiología: Incluye consulta con especialista y exploración física, así como pruebas diagnósticas básicas (por ejemplo: ECG, analítica básica de sangre y orina) y,

prueba de esfuerzo, para establecer el riesgo coronario.

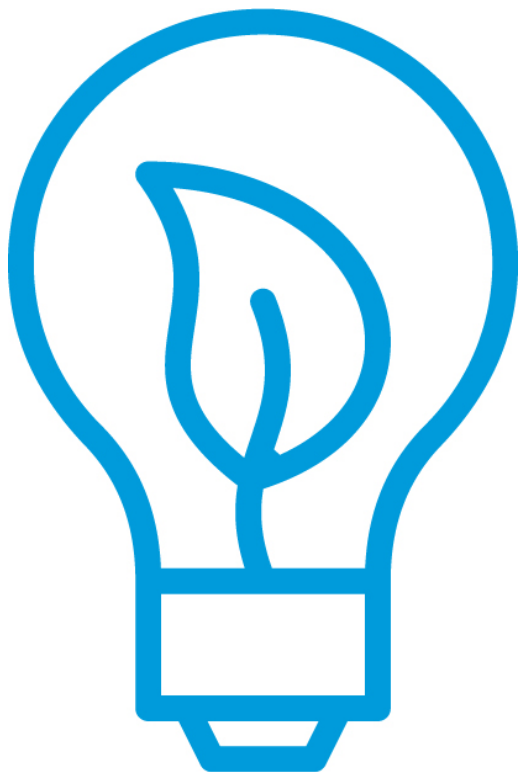
6.4. Neumología: Incluye consulta con especialista y exploración física, así como pruebas diagnósticas básicas (por ejemplo: radiografía de tórax).

6.5. Ginecología: Comprende revisión ginecológica anual para la prevención del cáncer de cérvix, endometrio y mama. Incluye consulta con el especialista y exploración así como las pruebas diagnósticas básicas (ecografía, mamografía, citología o ecografía ginecológica, por ejemplo).

6.6. Urología: Comprende consulta médica con el especialista así como análisis de sangre básico (incluyendo determinación de Antígeno Específico Prostático –PSA–) y orina, y otras pruebas diagnósticas básicas (como ecografía y/o biopsia de próstata).

La periodicidad recomendada de estos exámenes varía según las características de cada caso, por lo que corresponde al especialista establecer las recomendaciones en función del riesgo.

COBERTURAS ADICIONALES DE LA PÓLIZA



Cobertura de accidentes de tráfico y laborales

La Entidad Aseguradora cubrirá, en los términos y condiciones establecidos en la presente póliza, la asistencia sanitaria que precisen los asegurados de la misma, como consecuencia de accidentes de tráfico, accidentes de trabajo o enfermedad profesional, considerando como tales las así reconocidas por las Autoridades Administrativas competentes.

Queda excluida la asistencia sanitaria que exija el tratamiento por enfermedades, lesiones, malformaciones o defectos derivados de actividades deportivas de carácter profesional.

Cobertura de asistencia de urgencias en el extranjero

¿Qué es? Utilización de los servicios y límite temporal

Se trata de un complemento adicional a su póliza con el que dispondrá de cobertura de urgencias en el extranjero por causa de enfermedad o accidente, **siempre que la asistencia requerida se produzca dentro de los 90 días consecutivos desde el inicio del viaje.**

En todo lo que no se oponga expresamente a lo establecido en este complemento resultará de aplicación a la garantía de asistencia sanitaria urgente en el extranjero lo previsto en el condicionado de la póliza, incluidas sus cláusulas limitativas y exclusiones.

Es imprescindible para poder cubrir esta asistencia, **que el Asegurado** esté al corriente de pago y que, **antes de que se le realice ninguna prestación médica (salvo urgencia vital), contacte con Sanitas y solicite autorización previa** a través del teléfono que consta al dorso de la tarjeta. En caso de urgencia vital el Asegurado acudirá a la clínica u hospital más próximo debiendo

comunicarlo a la Entidad Aseguradora en el plazo máximo de 7 días a contar desde la fecha del ingreso facilitando a la Entidad Aseguradora copia del informe de urgencias.

Para que la Entidad Aseguradora acepte la prestación asistencial, será necesario que se aporten todos los documentos requeridos (justificantes de viaje, informe médico que justifique la urgencia y todos aquellos que sean requeridos, facturas y justificantes de pago)

¿Qué no incluye?

- los gastos médicos en el extranjero inferiores a 3€.
- los gastos ocasionados por el diagnóstico o el tratamiento de un estado fisiológico o enfermedad ya conocida antes de la fecha de la iniciación del viaje, a menos que sea una complicación clara o imprevisible; los tratamientos prescritos en España;
- las enfermedades mentales y las crónicas que hayan provocado alteraciones en la salud del Asegurado.

¿Qué servicios tengo incluidos?

1. Gastos Médicos

La Entidad Aseguradora, garantiza al Asegurado durante el período de vigencia de la póliza, la asistencia sanitaria urgente en el extranjero para:

- los gastos médicos (de médicos, cirujanos y hospitales/clínicas)
- medicamentos recetados por un médico
- gastos odontológicos considerados de urgencia **hasta un máximo de 300€ por asegurado, quedando excluido los gastos correspondientes a: endodoncias, reconstrucciones estéticas de tratamientos anteriores, limpieza bucal, prótesis, fundas e implantes**
- Gastos de hospitalización
- Gastos de ambulancia ordenada por un médico para un trayecto local

Todos estos gastos deben ser originados fuera del territorio español y prestados a

través de los centros designados por la Entidad Aseguradora.

Límites

12.000€ por persona y año.

2. Traslado de enfermos o heridos al lugar de asistencia

¿Qué incluye?

La Entidad Aseguradora tomará a su cargo dicho traslado bajo observación médica hasta el punto de asistencia en el que sea posible efectuar el tratamiento

El servicio médico de la Entidad Aseguradora será el que decida y elija el medio de transporte y el centro médico/hospital al que debe acudir el Asegurado, conforme a las exigencias de orden médico que apliquen al caso.

3. Prolongación de estancia en hotel de acompañante, por hospitalización del Asegurado

Cuando el Asegurado tenga que estar hospitalizado por prescripción médica y de acuerdo con el servicio médico, la Entidad Aseguradora abonará los gastos que se deriven de la necesaria prolongación de estancia en hotel del acompañante si es también Asegurado de la Entidad Aseguradora **hasta un máximo de 60€ por día y hasta un máximo de 10 días.**

4. Desplazamiento y estancia de un familiar para acompañar al Asegurado hospitalizado

Si el Asegurado, durante el viaje, debe estar hospitalizado más de cinco días y ningún familiar directo se encuentra a su lado, la Entidad Aseguradora pondrá un billete de avión línea regular (clase turista) o tren (primera clase) ida y vuelta, a disposición de un acompañante con domicilio habitual en España. La Entidad Aseguradora, asumirá en concepto de gastos de estancia, el alojamiento en hotel, **hasta 60€ por día y hasta un máximo de 5 días.**

5. Traslado en caso de fallecimiento

En caso de fallecimiento del Asegurado, la Entidad Aseguradora organizará y tomará a su cargo el traslado del féretro hasta el lugar de su inhumación en el país de su domicilio habitual, así como los gastos del ataúd mínimo obligatorio, embalsamamiento y de las formalidades administrativas. En su caso, y tras la petición de los Beneficiarios, la Entidad Aseguradora asumirá los costes de la incineración en el lugar del óbito, y del transporte de las cenizas hasta el lugar de su inhumación en el país de su domicilio habitual. **La Entidad Aseguradora no tomará a su cargo los gastos de funeral e inhumación.**

6. Regreso anticipado de los familiares Asegurados acompañantes

Cuando al Asegurado se le haya trasladado por fallecimiento en aplicación de la garantía "Traslado en caso de fallecimiento", y esta circunstancia impida a los familiares asegurados acompañantes su regreso hasta su domicilio por los medios inicialmente previstos, la Entidad Aseguradora se hará cargo de los gastos correspondientes al transporte de los mismos hasta el lugar de su residencia habitual en España. **Máximo de dos personas adultas y los menores de 14 años acompañados.**

7. Acompañamiento de menores

Si a los Asegurados que viajen con disminuidos o menores de 14 años, les surge durante la vigencia del contrato la imposibilidad de ocuparse de ellos por causa de enfermedad sobrevenida o accidente, cubierto por la Póliza, la Entidad Aseguradora organizará y tomará a su cargo el desplazamiento, ida y vuelta, de una persona residente en España designada por el Asegurado o su familia, al objeto de acompañar a los hijos en su regreso a su domicilio habitual en España, y en el menor tiempo posible.

8. Búsqueda y localización de equipajes y efectos personales

En caso de que el Asegurado sufra una demora o pérdida de su equipaje, la Entidad Aseguradora le asistirá en su búsqueda y localización, asesorándole en la gestión para interponer la correspondiente denuncia. Si el equipaje es localizado, la Entidad Aseguradora lo expedirá hasta el domicilio habitual del Asegurado en España, siempre que no sea necesaria la presencia del propietario para su recuperación.

9. Envío de documentos y objetos personales al extranjero

La Entidad Aseguradora organizará y tomará a su cargo el coste del envío de los objetos imprescindibles para el transcurso del viaje y olvidados en el domicilio antes del inicio del mismo (lentillas, prótesis, gafas, tarjetas de crédito, carnet de conducir, D.N.I. y pasaporte). Esta prestación se extiende igualmente al envío a domicilio, de estos mismos objetos cuando hayan sido olvidados durante su viaje o recuperados después de un robo durante el mismo.

La Entidad Aseguradora únicamente asumirá la organización del envío, así como el coste de éste para paquetes de un peso máximo de 10 kilogramos.

10. Adelanto de fondos

La Entidad Aseguradora adelantará fondos al Asegurado, en caso de necesidad, **hasta el límite de 1.500 euros**. La Entidad Aseguradora solicitará al Asegurado algún tipo de aval o garantía que le asegure el cobro del anticipo. En cualquier caso, las cantidades adelantadas deberán ser devueltas a la Entidad Aseguradora en el plazo máximo de 30 días.

11. Asistencia jurídica

Si el Asegurado es encarcelado o procesado como consecuencia de un accidente de circulación ocurrido, **la Entidad Aseguradora abonará hasta un máximo de 1.500 euros** para el pago de los honorarios de abogado y procurador, surgidos como consecuencia de asistencia jurídica derivada. Si esta prestación estuviera cubierta por la Póliza de Seguros del vehículo, la misma

tendrá la consideración de anticipo y la Entidad Aseguradora se reservaría el derecho a solicitar aval o garantía del Asegurado que asegure el cobro del anticipo.

12. Adelanto del importe de la fianza penal exigida en el extranjero

Si el Asegurado es procesado o encarcelado en el país que ocurra, la Entidad Aseguradora le concederá un anticipo equivalente al importe de la fianza penal exigida por las autoridades locales **hasta un máximo de 10.000 €**. La Entidad Aseguradora se reserva el derecho a solicitar aval o garantía del Asegurado que garantice el cobro del anticipo. En cualquier caso las cantidades anticipadas deberán ser reintegradas a la Entidad Aseguradora en el plazo máximo de dos meses.

13. Envío de medicamentos

¿Qué incluye?

En caso de que el Asegurado necesite un medicamento prescrito por un médico y que no pueda adquirir en el lugar donde se encuentre, la Entidad Aseguradora se encargará de localizarlo y enviárselo por el medio más rápido y con sujeción a las legislaciones locales.

¿Qué no incluye?

Quedan excluidos los casos de abandono de la fabricación del medicamento y su no disponibilidad en los canales habituales de distribución en España. El Asegurado tendrá que reembolsar a la Entidad Aseguradora a la presentación de la factura el precio del medicamento.

14. Transmisión de mensajes urgentes

La Entidad Aseguradora a través de un servicio de 24 horas, aceptará y transmitirá mensajes urgentes de los Asegurados, siempre que estos no dispongan de otros medios para hacerlos llegar a su destino y siempre que éstos sean consecuencia de una garantía cubierta por el contrato.

Cobertura digital

1. 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

2. 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 **con un máximo de 6 veces por Asegurado, durante la anualidad del seguro.**

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 medicamento será entregado dentro de las 3 horas siguientes al momento de su solicitud, en el lugar donde se encuentre el Asegurado dentro del territorio español. Debe tratarse de medicamento cuya comercialización este autorizada en España y el Asegurado deberá abonar el importe correspondiente en el momento de su entrega.

La Entidad Aseguradora no asume responsabilidad alguna por el estado de los medicamentos. 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. Quedan excluidos 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.

3. Fisioterapia a domicilio/centro de trabajo

La Entidad Aseguradora se hará cargo de la localización, envío y coste de un fisioterapeuta en el lugar de residencia o centro de trabajo del Asegurado, dentro del territorio español, para las terapias que hayan sido prescritas por su médico. **La presente garantía queda limitada a 5 sesiones de una hora por Asegurado y anualidad.**

El Asegurado deberá facilitar aquellos informes médicos y pruebas que sean requeridas por el fisioterapeuta para la correcta organización de las sesiones.

4. 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. 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.

5. 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

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.

2. HORARIO DE ATENCIÓN

El horario de atención es de lunes a viernes de 10h a 22h, excepto festivos nacionales y locales en Madrid.

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. HORARIO DE ATENCIÓN

El horario de atención es de lunes a viernes de 10h a 22h, excepto festivos nacionales y locales en Madrid.

3. 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. HORARIO DE ATENCIÓN

El horario de atención es de lunes a viernes de 10h a 22h, excepto festivos nacionales y locales en Madrid.

3. 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).**

Embarazo

1. OBJETO DE LA COBERTURA

Facilitar al Asegurado información, orientación y atención profesional y personalizada en relación con el embarazo, postparto y primeros meses de vida del bebé con el objetivo de ayudar a la Asegurada a disfrutar de un embarazo y postparto saludable, así como aportar consejos para los primeros cuidados del bebé.

Servicio ofrecido por matronas y enfermeras especializadas en maternidad específicamente designadas 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 de la Asegurada.

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

2. HORARIO DE ATENCIÓN

El horario de atención es de lunes a viernes de 9h a 22h, excepto festivos nacionales y locales en Madrid.

Salud Infantil

1. OBJETO DE LA COBERTURA

Facilitar al Asegurado información, orientación y atención profesional y personalizada en relación con 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.

2. HORARIO DE ATENCIÓN

El horario de atención es de lunes a viernes de 9h a 22h, excepto festivos nacionales y locales en Madrid.

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.

2. HORARIO DE ATENCIÓN

El horario de atención es de lunes a viernes de 10h a 22h, excepto festivos nacionales y locales en Madrid.

Deshabitación tabáquica

1. OBJETO DE LA COBERTURA

Facilitar al Asegurado información, orientación y atención profesional y personalizada en materia de deshabituación 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 deshabituación 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.

2. HORARIO DE ATENCIÓN

El horario de atención es de lunes a viernes de 9h a 22h, excepto festivos Nacionales y locales en Madrid.

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.

2. HORARIO DE ATENCIÓN

El horario de atención es de lunes a viernes de 9h a 22h, excepto festivos nacionales y locales en Madrid.

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.

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. Toda clase de enfermedades, lesiones, dolencias, defectos constitucionales o congénitos, deformaciones, estado o situación médica preexistentes a la fecha de alta de cada Asegurado en la póliza y/o los que sean consecuencia de accidentes o enfermedades y sus secuelas que sean de origen anterior a la fecha de inclusión de cada Asegurado en la póliza.

El Tomador del seguro, en su nombre y en el de los asegurados, debe hacer constar en el cuestionario de salud incluido en la solicitud de seguro, cualquier tipo de lesión, patología congénita, enfermedades, pruebas diagnósticas, tratamientos y la sintomatología que pudiera considerarse como el inicio de alguna patología. En caso de ocultación, quedará excluida cualquier cobertura asegurada que guarde relación directa o indirecta con la declaración no realizada. La Entidad Aseguradora valorará la información facilitada por el Tomador y en base a la misma podrá aceptar o rechazar la contratación del seguro o bien aceptarlo excluyendo determinadas coberturas aseguradas.

B. 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, toreos y encierros 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.**

C. 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.

D. La hospitalización por problemas de tipo social.

E. La asistencia médica y/u hospitalaria prestada al Asegurado por personas que se encuentren ligadas con el Tomador del Seguro o con el Asegurado por relación

conyugal o de parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad o de afinidad, inclusive.

F. 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, de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, SIDA y las enfermedades relacionadas con éste.

G. Todos aquellos medios, procedimientos o técnicas diagnósticas, quirúrgicas o terapéuticas que sean de aparición posterior a la fecha de contratación de la póliza, salvo que la Entidad Aseguradora, en cumplimiento de lo establecido en el art 126.2 del Real decreto 1060/2015 de 20 de noviembre de ordenación supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, haya comunicado por escrito al Tomador su incorporación a las coberturas aseguradas, en los términos y dentro de los límites que se establezcan en dicha comunicación.

Igualmente queda excluido cualquier método terapéutico, técnica quirúrgica o prueba diagnóstica realizada dentro de un ensayo clínico o que por su falta de seguridad o eficacia no sean empleados en la práctica clínica habitual, considerando como tales aquellos que no consten aprobados 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.

H. Cualquier tipo de servicio relacionado con:

- Patologías o tratamientos no cubiertos 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.
- Los trasplantes de órganos, tejidos, células o componentes celulares, excepto el trasplante autólogo tanto de médula ósea como de células progenitoras de sangre periférica por tumores de estirpe hematológica, y el trasplante de córnea.
- Los trasplantes heterólogos.
- Cualquier intervención quirúrgica sobre el no nacido.
- Cualquier técnica quirúrgica que utilice equipos de cirugía robótica.
- Los estudios genéticos 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. Quedan expresamente excluidos los estudios genéticos de tumores y biopsia líquida excepto: la determinación de BCRA1 y BCRA2 , el panel genético para estudio

hereditario del cáncer de mama y ovario, y las plataformas genómicas para el cáncer de mama (ONCOTYPE; MAMMAPRINT y PROSIGNA) en las condiciones detalladas en apartados anteriores. Queda excluido el tipaje DNA HLA clase I y II, estudio de PCA3, secuenciación genómica, estudio del exoma clínico genético completo, microarray, farmacogenética (excepto el estudio para la determinación del déficit de dihidropirimidina deshidrogenasa) y terapia génica.

- Las prótesis y material implantable salvo los contemplados en el correspondiente apartado de las condiciones generales. Quedan excluidos entre otros: cualquier prótesis externa; prótesis personalizada; cualquier tipo de material ortopédico; fijadores externos; materiales biológicos o sintéticos; injertos; conductos valvulados, excepto los conductos valvulados asociados a cirugía valvular aórtica; válvulas cardíacas y dispositivos de reparación valvular que sean implantados por vía percutánea o transapical; bombas implantables para infusión de medicamentos; electrodos de estimulación medular; desfibriladores y el corazón artificial.
- Las intervenciones, infiltraciones y tratamientos, así como cualquier otra intervención que tenga un carácter puramente estético o cosmético. En cirugías de mama sólo se cubren las ocasionadas por enfermedad tumoral, quedando expresamente excluidas las siguientes: cirugías con carácter profiláctico, salvo aquellas que cumplen los criterios detallados en el apartado de cirugía de la mama; y las realizadas para corregir hipertrofias mamarias y/o ginecomastias. Igualmente queda expresamente excluido el tratamiento de cualquier tipo de patologías o complicaciones que pudieran manifestarse en un momento posterior y que estén directa

y/o principalmente causadas por haberse sometido el Asegurado a una intervención, infiltración o tratamiento de los anteriormente señalados de naturaleza puramente estética o cosmética.

- Tratamientos con plasma rico en plaquetas o en factores de crecimiento.
- El ácido hialurónico, tanto si está comercializado como medicamento o como producto sanitario.
- La terapia educativa, educación del lenguaje en procesos sin patología orgánica o 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.

- Queda excluida la cirugía endoscópica de columna.

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

- La fotocoagulación oftálmica exclusivamente para retinopatías isquémicas, edema macular, glaucoma y lesiones periféricas retinianas (agujeros o desgarros).
- El cross linking corneal para el tratamiento del queratocono.
- Tratamientos de hemorroides.
- Cirugía vascular periférica con patología (no estética).
- Otorrinolaringología láser de CO2.
- En fisioterapia músculo-esquelética.
- Litotricia endoureteral y vesical por láser.
- Vaporización y enucleación prostática con láser.

J. Los gastos por viaje y desplazamiento salvo los contemplados en el apartado de ambulancias de estas Condiciones Generales.

K. Queda excluida la cirugía refractiva de cualquier tipo (para miopía, hipermetropía y astigmatismo).

L. Los siguientes medicamentos de uso humano:

- Los que sean administrados al paciente fuera del régimen de hospitalización, o en Hospitalización de día salvo la quimioterapia administrada vía parenteral por un profesional sanitario en centros concertados y mediante instilación vesical en el caso de MITOMICINA Y BCG. La medicación en ventiloterapia y aerosolterapia, así como productos de parafarmacia.

- Los medicamentos no comercializados en España.

Los siguientes medicamentos especiales:

- Vacunas/autovacunas y demás medicamentos biológicos.
- Medicamentos de origen humano.
- Medicamentos de terapia avanzada (génica y celular).
- Medicamentos de plantas medicinales.
- Medicamentos homeopáticos.
- Radiofármacos con fines terapéuticos (itrio (90Y) cloruro, ibritumomab tiuxetán (90Y), radio (223) dicloruro, lutecio (177Lu) oxodotretotida...) excepto los mencionados en Oncología Médica como el loduro (131I) de sodio para el tratamiento del hipertiroidismo y del cáncer de tiroides, así como el uso de Citrato de ytrio (90Y) para la sinoviortesis radioisotópica.
- Se excluyen las técnicas de transferencia celular adoptiva (por ejemplo CAR T, transferencia celular adoptiva de linfocitos T infiltrantes de tumor (TIL)), así como otras técnicas distintas de las mencionadas expresamente salvo que se haya comunicado por la Entidad Aseguradora en escrito dirigido al Tomador su inclusión en cobertura.

También se excluyen los estudios farmacocinéticos de cualquier medicamento.

M. Quedan excluidos los partos en medio acuáticos, a domicilio y por medios alternativos.

N. Queda excluida la cirugía bariátrica en obesidad y cirugía metabólica en diabetes, así como el balón intragástrico y los tratamientos endoscópicos de la obesidad.

Ñ. Queda excluida la radiocirugía.

O. Queda excluida la cirugía de parkinson.

P. Queda excluida la cirugía de la epilepsia.

Q. Quedan excluidos los tratamientos de esclerosis con espuma y microespuma en la especialidad de Angiología y Cirugía Vasculuar y en cualquier otra especialidad.

R. Queda excluido el tratamiento con ultrasonidos focalizados de alta intensidad (HIFUs).

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:

- **Vasectomía y ligadura de trompas:** 10 meses
- **Psicología:** 6 meses
- **Pruebas diagnósticas complejas:** 6 meses
- **Los métodos terapéuticos complejos según vienen definidos en el glosario:** 10 meses
- **Intervenciones quirúrgica del Grupo 0 al II según clasificación de la Organización Médica Colegial:** 3 meses
- **Parto o cesárea salvo parto prematuro (menos de 37 semanas):** 8 meses
- **Hospitalización e intervenciones quirúrgica del Grupo III al VIII según clasificación de la Organización Médica Colegial:** 10 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.

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. 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.

1.3 Prescripción previa para la realización del servicio.

Las pruebas diagnósticas, métodos terapéuticos 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.

1.4 Prescripción y autorización previa para la realización del servicio.

Con carácter general, para intervenciones quirúrgicas, hospitalizaciones y médicos consultores será necesaria la previa

autorización expresa de la Entidad Aseguradora tras la prescripción escrita de los facultativos de la Entidad. Dicha autorización será igualmente necesaria 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.).

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

Aquellas intervenciones quirúrgicas que se efectúen por vía laparoscópica o vía artroscópica, así como las intervenciones con técnica de radiofrecuencia y láser, tendrán que ser realizadas por los profesionales específicamente concertados y acreditados por la Entidad Aseguradora para realizar esas técnicas quirúrgicas concretas.

1.6 Autorización previa y designación expresa del facultativo.

En particular, para las intervenciones quirúrgicas de alta complejidad, indicadas a continuación: neurocirugía, cirugía cardiaca y cirugía de columna, que sean objeto de cobertura por esta póliza, la Entidad Aseguradora designará, en cada caso individual y con carácter previo a la realización de la intervención quirúrgica concreta, el centro sanitario y los profesionales que la llevarán a cabo.

1.7 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 de 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, Ambulancia 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).

1.8 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.

1.9 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.

En los casos de **urgencia vital siempre que el Asegurado se vea obligado a ingresar en centro ajeno al cuadro médico**, deberá notificarse **fehacientemente a la Entidad Aseguradora dicho** ingreso con la máxima celeridad posible para que ésta pueda realizar el traslado del Asegurado a un centro concertado siempre que su situación clínica lo permita.

1.10 Asistencia en medios no concertados con la Entidad Aseguradora.

Sin perjuicio de lo indicado en el apartado anterior para los casos de urgencia vital, la Entidad Aseguradora no se hace responsable de los honorarios de facultativos ajenos a su cuadro médico, ni de los gastos de internamiento y de servicios que dichos facultativos ajenos pudieran ordenar. Asimismo, la Entidad Aseguradora no asume bajo la modalidad de cuadro médico concertado que es objeto de aseguramiento por esta póliza los gastos originados en centros privados o públicos no concertados para este producto, cualquiera que sea el facultativo prescriptor o realizador de los mismos.

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, 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 sometiéndose, 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. Edad máxima de contratación

La edad máxima de contratación es 75 años. Tan solo podrán incluirse en concepto de Asegurados en la póliza quienes a la fecha de inclusión tengan una edad por debajo de los 75 años, salvo pacto en contrario y 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 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.

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

4.8. 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.

4.9. 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.

4.10. 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.

5. Altas de recién nacidos

Si la asistencia de la madre en el parto se realiza con cargo al Seguro de la Entidad Aseguradora de la que aquella fuese Asegurada, los hijos recién nacidos podrán ser incluidos en la póliza con todos sus derechos desde la fecha del nacimiento o cuando el alta del padre como asegurado en la póliza haya tomado efecto con al menos 240 días de antelación al parto. Para ello, el Tomador deberá comunicar a la Entidad Aseguradora tal circunstancia dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha de nacimiento, mediante la cumplimentación de una Solicitud de Seguro.

En todo caso, **la Entidad Aseguradora únicamente cubrirá la asistencia sanitaria al recién nacido siempre y cuando esté dado de alta como Asegurado en la Entidad Aseguradora.** Si el alta del recién nacido se comunica con posterioridad al plazo indicado o sin cumplir con todos los requisitos indicados en el párrafo anterior, la Entidad Aseguradora en virtud de la información facilitada por el Tomador en la Solicitud de Seguro, podrá rechazar la admisión del recién nacido como asegurado.

En caso de gestación por sustitución (gestación subrogada) el Tomador deberá comunicar a SANITAS la inclusión del menor como Asegurado en la póliza en el plazo de 30 días naturales desde el día que el menor

conste inscrito debidamente en el Registro Civil español como hijo del o de los Asegurado/s. **La cobertura asegurada entrará en vigor a partir de la fecha de inclusión del Asegurado en la póliza y no se cubrirán los gastos producidos antes de la fecha de inclusión del asegurado en la póliza y en ningún caso quedarán cubiertos los gastos producidos antes del alta hospitalaria tras el nacimiento tanto de la madre como del recién nacido.**

6. 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 aquella 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.

7. Reclamaciones

7.1. 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.

7.2. 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).

8. Otros aspectos legales a tener en cuenta

8.1. 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.

8.2. 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.

8.3. Comunicaciones

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

8.3.2. 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.

8.3.3. 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.

8.3.4. 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.

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

9. 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.

9.1 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.

9.2 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

9.3 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.

9.4 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.

9.5 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 entienda 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.

9.6 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 “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.

9.7 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.

9.8 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.

9.9 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.

9.10 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.

10. Jurisdicción

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

11. 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.

12. Cómo contactar con nosotros

Servicio de Atención al Cliente

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

13. 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 enero de 2022

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