

CONDICIONES GENERALES



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

Glosario de términos.....	6
Cláusula preliminar.....	11
Cláusula I: Objeto del seguro.....	12
Cláusula II: Coberturas Principales.....	13
1. Asistencia primaria.....	13
1.1. Medicina Familiar.....	13
1.2. Pediatría y Puericultura.....	13
1.3. Servicio de Enfermería.....	13
2. Urgencias.....	13
Sanitas 24 horas.....	14
Healthline.....	14
3. Especialidades médicas.....	14
3.1. Alergología.....	14
3.2. Análisis Clínicos.....	14
3.2.1. Estudios Genéticos.....	14
3.3. Anatomía Patológica.....	14
3.4. Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor.....	15
3.5. Angiología y Cirugía Vasculard.....	15
3.6. Aparato Digestivo.....	15
3.7. Cardiología.....	15
3.8. Cirugía Cardiovascular.....	15
3.9. Cirugía General y del Aparato Digestivo.....	15
3.10. Cirugía Maxilofacial.....	15
3.11. Cirugía Ortopédica y Traumatológica.....	15
3.12. Cirugía Pediátrica.....	15
3.13. Cirugía Reparadora.....	15
3.14. Cirugía Torácica.....	16
3.15. Dermatología.....	16
3.16. Endocrinología.....	16



3.17. Geriatría.....	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 al recién nacido.....	18
3.27. Oftalmología.....	18
3.28. Oncología Médica.....	18
3.29. Otorrinolaringología.....	19
3.30. Psiquiatría.....	19
3.31. Radiodiagnóstico-Diagnóstico por Imagen.....	19
3.32. Radioterapia.....	19
3.33. Rehabilitación.....	20
3.34. Reumatología.....	20
3.35. Urología.....	20
4. Otros servicios asistenciales.....	20
4.1. Ambulancia.....	20
4.2. Enfermería a domicilio.....	20
4.3. Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matronas).....	20
4.4. Fisioterapia.....	21
4.5. Logopedia y foniatría.....	21
4.6. Nutrición.....	21
4.7. Maternidad.....	22
4.8. Odontostomatología.....	22
4.9. Podología (exclusivamente Quiropodia).....	22
4.10. Prótesis.....	22
4.11. Psicología.....	23
4.12. Terapias respiratorias domiciliarias.....	23
4.13. Trasplantes.....	23
5. Asistencia hospitalaria.....	23
6. Medicina preventiva.....	24
7. Chequeos preventivos.....	25
8. Cuidados paliativos.....	25

9. Indemnización por hospitalización.....	25
10. Medicación y vacunas.....	25
11. Medicina alternativa.....	26
12. Tratamiento de infertilidad.....	26
13. Dispositivos auxiliares.....	26
COBERTURAS ADICIONALES DE LA PÓLIZA.....	27
Cobertura Clínica Universidad de Navarra.....	28
Cobertura de óptica.....	29
Cobertura adicional de Evacuación y Repatriación.....	29
Cobertura digital.....	33
Cobertura segunda opinión médica.....	37
Sanitas Dental.....	37
Cláusula III: Coberturas excluidas.....	38
Cláusula IV: Periodos de carencia.....	42
Cláusula V: Forma de prestar los servicios.....	43
Cláusula VI: Otros aspectos del seguro.....	47
1. Bases y pérdida de derechos del contrato.....	47
2. Duración del seguro.....	47
3. Primas del seguro.....	48
4. Altas de recién nacidos.....	49
5. Aportación de informes.....	50
6. Reclamaciones.....	50
7. Otros aspectos legales a tener en cuenta.....	50
8. Cláusula de protección de datos.....	51
9. Otros.....	56
10. Jurisdicción.....	57

Glosario de términos

A los efectos del presente documento del Producto **Sanitas Global Care Repsol Reas** 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.

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.

BUPA GLOBAL

El administrador de la póliza fuera de España será Bupa Insurance Services Limited o cualquier otra filial o empresa asociada de British United Provident Association Limited.

COPAGO

Pago realizado por el Asegurado en el momento de solicitar una prueba o tratamiento cubierto por la póliza, o en el momento de recibir medicación. Este copago se aplica por separado a cada persona cubierta por la póliza.

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 SANITAS 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, persona jurídica que asume el riesgo contractualmente pactado.

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 SANITAS, 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 SANITAS 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 SANITAS. 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 SANITAS 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 pocos 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.

ASISTENCIA SANITARIA AL NEONATO

Primera atención de neonatología realizada al recién nacido durante la asistencia al parto que esté cubierto por la presente póliza y exámenes protocolizados realizados al recién nacido sano.

CONDICIÓN HEREDITARIA

Condición que puede resultar en una anomalía, deformidad o enfermedad que ha sido transmitida de una generación anterior, con excepción del cáncer.

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 SANITAS 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 SANITAS una relación completa y actualizada de los facultativos y entidades que conforman el cuadro médico de esta póliza.

HABITACIÓN CONVENCIONAL

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

HOSPITAL

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

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

Los centros, servicios y establecimientos, de cualquier titularidad, autorizados por las administraciones sanitarias de las comunidades autónomas y ciudades con Estatuto de Autonomía aparecen recogidos en el **Registro General de centros, servicios y establecimientos sanitarios**, del Ministerio de Sanidad. En caso de centros, servicios y establecimientos, de cualquier titularidad fuera del territorio nacional deben aparecer acreditados como establecimiento sanitario según la legislación de cada país.

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

Toda intervención con fines diagnósticos o terapéuticos, realizada mediante cirugía

efectuado 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.

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.

PARTO

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

PATOLOGÍA ORGÁNICA

Lesión estructural en tejidos u órganos del cuerpo humano

PRÓTESIS

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

PRUEBA DIAGNÓSTICA COMPLEJA

Se define como prueba diagnóstica compleja todo 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 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 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.

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.

RECIÉN NACIDO

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

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 SANITAS 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 SANITAS 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 preliminar

El presente contrato se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de octubre de Contrato de Seguro, 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 (R.D. nº 1060/2015 de 20 de Noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras), y por lo convenido en las presentes Condiciones Generales y en las Particulares, sin que tengan validez las cláusulas limitativas de los derechos de los Asegurados que no sean específicamente aceptadas por los mismos por escrito.

No requerirán dicha aceptación las meras transcripciones o referencias a preceptos legales o reglamentarios imperativos.

Cláusula I: Objeto del seguro

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, SANITAS en colaboración con BUPA GLOBAL pone a disposición de sus asegurados un amplio cuadro médico mundial 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. Cuando el Asegurado haya obtenido la preautorización para el tratamiento por parte de SANITAS con la colaboración de BUPA GLOBAL, y/o cuando el Asegurado acuda a un hospital o clínica de la red, el coste de la asistencia médica recibida podrá ser abonado directamente al profesional, hospital o centro. SANITAS en colaboración con BUPA GLOBAL, realizará las gestiones para el pago directo siempre que sea posible, quedando sujeto a la aceptación por parte del proveedor.

Así mismo, SANITAS pone a disposición de sus asegurados en España 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.

SANITAS 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.

La presente póliza ofrece una cobertura internacional en la zona geográfica contratada. Sin perjuicio de lo anterior, en algunos países puede exigirse que la póliza de salud cumpla con determinados requisitos de cobertura u otras condiciones, sin que SANITAS pueda garantizar que la presente póliza cumpla con dichos requisitos, siendo obligación del tomador informarse de cualquier requerimiento en dicho sentido, sin que SANITAS pueda ser considerada responsable por ese motivo.

Para que un tratamiento sea cubierto, debe cumplir los siguientes requisitos:

- Ser consistente con los estándares médicos locales del país en el que se reciba
- Ser clínicamente apropiado en cuanto al tipo, duración, localización y frecuencia
- Estar cubierto por las coberturas de esta póliza

No se cubrirán aquellos tratamientos que sean inapropiados en base a la práctica médica y clínica establecida, y SANITAS podrá hacer una revisión del tratamiento cuando se considere razonable.

Adicionalmente, sólo se cubrirán aquellos tratamientos considerados activos (tratamiento de una enfermedad o dolencia orientado a la recuperación del Asegurado, conservación de su condición o retorno a un estado de salud previo tan rápido como sea posible).

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, SANITAS comunicará las técnicas o tratamientos que se incluirán entre las coberturas de la póliza para el siguiente periodo.

El presente contrato además incluye la modalidad de reembolso de gastos, según la cual SANITAS se hará cargo, dentro de los límites y condiciones estipuladas en la póliza de la asistencia médica, quirúrgica y

hospitalaria indicada en el primer párrafo de esta cláusula, mediante la restitución al Asegurado de la totalidad o parte de los gastos sanitarios, razonables y usuales, adelantados por el mismo, de acuerdo con los límites de capital asegurado y porcentajes de reembolso establecidos en las Condiciones Particulares del Seguro, no pudiendo aplicar conjuntamente ambas modalidades para una misma y única prestación.

SANITAS reembolsará exclusivamente los gastos habituales y razonables, entendiendo como tales aquellos gastos no superiores a los habituales y similares a los de otros proveedores de la misma zona para el mismo tratamiento. Las directrices sobre tarifas y práctica médica pueden ser publicadas por el gobierno u otra entidad médica oficial. En tales casos o cuando exista una publicación sobre los estándares locales, SANITAS podrá utilizar esta información para valorar las solicitudes de reembolso. Cualquier gasto adicional, no razonable o fuera de lo habitual, no será reembolsado.

Cláusula II: Coberturas Principales

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.

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 nuestro servicio telefónico.

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 SANITAS 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.

Sanitas 24 horas

Servicio telefónico en España 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.

Healthline

Servicio telefónico en el extranjero que ofrece los siguientes servicios:

- Confirmación de coberturas y preautorizaciones
- Información médica y asesoramiento por un profesional médico
- Localizador de centros y profesionales
- Referencias sobre especialistas
- Gestión de citas
- Vacunación y visados en el país de destino
- Transmisión de mensajes de emergencia
- Información sobre embajadas e intérpretes

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 diagnóstico molecular de la alergia (microarrays).**

3.2. Análisis Clínicos

3.2.1. Estudios Genéticos

Comprende exclusivamente aquellos estudios genéticos imprescindibles para el diagnóstico y/o pautar un tratamiento en paciente afecto y sintomático, y que además tengan una alta rentabilidad diagnóstica. **Requiere**

autorización previa de SANITAS tras valoración de informe médico.

Incluye el estudio de los genes BRCA 1 y BRCA 2 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

Queda excluido el estudio molecular HLA DQ2/DQ8, de PCA3 y el tipaje DNA HLA clase I y II.

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, 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, Reanimación y Tratamiento del Dolor

3.5. Angiología y Cirugía Vascolar

Queda excluido el tratamiento esclerosante de varices con espuma o microespuma.

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 SANITAS tras valoración de informe médico.

Incluye la realización de Entero-resonancia.

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.

Queda excluido el hólter implantable subcutáneo.

3.8. Cirugía Cardiovascular

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

3.9. Cirugía General y del Aparato Digestivo

Incluye la cirugía por vía laparoscópica.

Queda excluida 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 preprotésicas.

3.11. Cirugía Ortopédica y Traumatológica

Incluye la cirugía por vía artroscópica.

3.12. Cirugía Pediátrica

En idénticos términos y condiciones que la cirugía de adultos.

3.13. Cirugía Reparadora

Comprende la cirugía para restaurar la apariencia del Asegurado tras un accidente, enfermedad o cirugía oncológica previa, siempre que:

- Cualquiera de las circunstancias ocurran durante la vigencia de la póliza
- El tratamiento se lleve a cabo como parte del tratamiento original (oncológico o a causa de un accidente)
- El Asegurado haya recibido nuestra autorización escrita antes del tratamiento

Quedan excluidas las cirugías con componente estético como la realización

de rinoseptoplastia y cirugía para diastasis de recto.

3.14. Cirugía Torácica

3.15. Dermatología

3.16. Endocrinología

Incluye el coste de consulta, diagnóstico y tratamiento.

El tratamiento para la obesidad mórbida se prestará sólo cuando haya sido diagnosticada por un especialista y cualquier tratamiento quirúrgico, por ejemplo la cirugía bariátrica, deberá ser **recomendado por un especialista y llevado a cabo en España.**

Antes de llevarse a cabo una cirugía bariátrica, deberán cumplirse los siguientes requisitos por parte del Asegurado:

- Haber seguido un programa completo de medidas no quirúrgicas durante seis meses, incluyendo programas de pérdida de peso, régimen, tratamiento endocrinológico y psiquiátrico
- Haber tenido un IMC de 40kg/m² o superior durante al menos cinco años antes del inicio del programa
- Haber sufrido alguna otra enfermedad significativa que pueda mejorar con la pérdida de peso (por ejemplo: diabetes tipo 2, hipertensión)
- Estar recibiendo o comprometerse a recibir seguimiento de un especialista en obesidad
- Tener buen estado general de salud para la anestesia y cirugía.
- Comprometerse a realizar seguimiento a largo plazo
- Proporcionar los informes médicos que SANITAS pueda solicitar para confirmar los puntos anteriores

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 SANITAS.

El PET y PET/ TC exclusivamente con el **18-fludesoxiglucosa (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-fludesoxiglucosa (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
- Fiebre en pacientes con sida
- Detección de focos metastásicos sépticos en caso de bacteriemia o endocarditis (ver también sección 4.4)

Detección de la extensión de la inflamación en caso de:

- Sarcoidosis
- Enfermedad intestinal inflamatoria
- Vasculitis que afecta a los grandes vasos

Seguimiento del tratamiento:

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

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

Requiere autorización previa de SANITAS tras valoración de informe médico.

Queda excluido cualquier radiotrazador que no sea 18FDG.

3.21. Nefrología

Incluye las técnicas 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 SANITAS 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.

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, ecografía, histerosalpingografía e histeroscopia.**

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 SANITAS 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 SANITAS 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 SANITAS tras valoración de informe médico.**

La Asegurada 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 SANITAS 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 al recién nacido

Se prestará esta cobertura en lugar de cualquier otra para cualquier tratamiento requerido por un recién nacido durante los primeros 90 días de vida, con los límites establecidos en las Condiciones Particulares.

El recién nacido podrá ser incluido en la póliza tras completar y enviar a SANITAS la solicitud correspondiente durante los primeros 90 días de vida.

El recién nacido deberá estar dado de alta en la póliza para poder utilizar esta cobertura.

3.27. Oftalmología

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

Queda excluida la cirugía refractiva de cualquier tipo (para miopía, hipermetropía 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 SANITAS, siempre que se apliquen en centro asistencial, tanto en régimen de Unidad de Día Oncológica, como en ingreso cuando éste fuera necesario.

SANITAS, sólo correrá con los gastos correspondientes a los medicamentos específicamente citostáticos, cuya comercialización se encuentre autorizada en el mercado nacional y siempre que se empleen de conformidad con las indicaciones que figuran en la ficha

técnica del producto y cuya administración sea por vía parenteral, en tantos ciclos como sea necesario y mediante instilación vesical en el caso de MITOMICINA Y BCG.

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.

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.

Comprende hasta el límite establecido en las Condiciones Particulares.

3.31. Radiodiagnóstico-Diagnóstico por Imagen

Comprende las técnicas habituales de diagnóstico. Los medios de contraste serán por cuenta de SANITAS.

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 SANITAS 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 cardíaca y para evaluación de stents o injertos coronarios.**

Requiere autorización previa de SANITAS tras valoración de informe médico.

Queda excluida la valoración del score cálcico.

3.32. Radioterapia

Incluye radioterapia **exclusivamente para procesos oncológicos.**

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.

Previa autorización de SANITAS tras valoración de informe médico.

3.33. Rehabilitación

Comprende, dentro de los 14 días, las consultas encaminadas al diagnóstico, valoración y prescripción de los tratamientos hospitalarios y ambulatorios 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 superior a 0,13. Implica RNM Multiparamétrica.
- Monitorización terapéutica

Requiere autorización previa de SANITAS tras valoración de informe médico.

Incluye la Biopsia por fusión de próstata ante sospecha de riesgo clínico una RNM multiparamétrica previa positiva con biopsia previa convencional negativa, como máximo 1 año antes de la solicitud de esta prueba, y persista la sospecha fundada de cáncer de próstata (persistencia de elevación del PSA).

Requiere autorización previa de SANITAS 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.**

4. Otros servicios asistenciales

4.1. Ambulancia

Serán objeto de cobertura los traslados realizados en ambulancia, o acuda por urgencia y bajo la cobertura de SANITAS. 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 SANITAS debido a que los recursos asistenciales en el hospital donde se encuentre el Asegurado no son los que su atención médica requiere. En todos estos supuestos el servicio se prestará por vía terrestre, dentro de territorio nacional, a través de los medios concertados por SANITAS 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 SANITAS.

4.2. Enfermería a domicilio

Se llevará a cabo cuando la patología del enfermo requiera cuidados especiales sin llegar a precisar ingreso hospitalario.

Así mismo, se prestará inmediatamente después de un ingreso hospitalario con el límite establecido en las Condiciones Particulares siempre que sea necesario y aconsejado por motivos médicos. En este caso, se llevará a cabo exclusivamente por profesionales de la enfermería y bajo la supervisión de un especialista.

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 que no realizan dicha función, y siempre que no se trate de un proceso crónico o degenerativo, hasta la mayor recuperación funcional posible del paciente, determinada por su médico rehabilitador.

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 SANITAS 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 SANITAS tras valoración de informe médico.**

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

Requiere autorización previa de SANITAS tras valoración de informe médico.

Comprende hasta un máximo de 40 sesiones por asegurado y anualidad del seguro.

4.5. Logopedia y foniatría

Requiere siempre autorización previa de SANITAS tras valoración de informe médico y debe estar prescrita por un especialista en ORL (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
 - a) Defectos del habla

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

Comprende hasta el límite establecido en las Condiciones Particulares.

4.6. Nutrición

El acceso a esta especialidad tendrá que ser **prescrito por especialistas en**

endocrinología, oncología, medicina interna, geriatría o pediatría autorizados por SANITAS. Se cubre **cuando existe una patología médica (pacientes oncológicos, diabetes, problemas de obesidad con IMC>30 o trastorno alimentario severo).**

4.7. Maternidad

Comprende las pruebas o tratamientos relacionados con el embarazo, parto y puerperio de acuerdo con el límite establecido en las Condiciones Particulares.

Incluye además los cuidados rutinarios del recién nacido en el hospital durante los primeros siete días de vida, bajo la cobertura de maternidad del padre o de la madre. Cualquier tratamiento no rutinario, en caso de que esté cubierto por la póliza, se prestará bajo la cobertura de Recién nacido.

4.8. Odontostomatología

Comprende las urgencias, consultas, limpiezas y extracciones con el límite establecido en las Condiciones Particulares.

Las urgencias comprenden la consulta y el tratamiento recibido por un odontostomatólogo en una situación de emergencia.

Comprende también la asistencia recibida como consecuencia de un accidente, relacionada con dientes naturales sanos que hayan resultado dañados. No se prestará esta cobertura para reparar o proporcionar implantes, coronas o cualquier tipo de prótesis. El tratamiento deberá ser completado en los seis meses posteriores al accidente.

4.9. Podología (exclusivamente Quiropodia)

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

4.10. Prótesis

Comprende exclusivamente las prótesis internas y materiales implantables

internos expresamente indicados a continuación.

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

1. Oftalmología: lente intraocular monofocal, **excluida la tórica, 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 en situaciones de urgencia vital, **que requerirá autorización expresa de SANITAS tras valoración de informe médico;** válvulas cardiacas, **con exclusión de las implantadas por vía percutánea o transapical;** y 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; sistemas de suspensión urológica; sistemas de derivación de líquido cefalorraquídeo (hidrocefalia); 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.

4.11. Psicología

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

Asimismo comprende el diagnóstico psicológico simple y los test psicométricos, **cuyos formularios serán por cuenta del Asegurado.**

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. SANITAS 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.

4.13. Trasplantes

Comprende el trasplante autólogo tanto de médula ósea como de células progenitoras de sangre periférica por tumores de estirpe hematológica, y el trasplante de córnea. **En este último caso, SANITAS no se hará cargo de la cobertura económica de la córnea a trasplantar.**

Así mismo, comprende los trasplantes de intestino delgado, riñón, páncreas, hígado, corazón o pulmón. **SANITAS no se hará cargo del coste económico del órgano a trasplantar, de su transporte o de los gastos administrativos para su obtención. Así mismo queda excluido cualquier coste relacionado con el donante.**

Cuando el trasplante se lleve a cabo en España, sólo estará cubierto cuando se realice en un hospital perteneciente al Sistema Público de Salud, y siempre que SANITAS haya gestionado la cirugía y el tratamiento completo (pre y post operatorio).

El coste de medicamentos anti-rechazo y los gastos médicos para el trasplante de médula ósea y células progenitoras de sangre periférica estará cubierto, con o sin altas dosis de quimioterapia.

5. Asistencia hospitalaria

Comprende, bajo el capital total asegurado reflejado en las Condiciones Particulares de esta póliza:

5.1. Alojamiento y manutención en un hospital:

Se proporcionará habitación privada con baño cuando:

- Sea necesaria la estancia en un hospital
- El tratamiento sea gestionado o proporcionado por un especialista
- La duración de la estancia sea médicamente adecuada

No se abonarán los costes de habitaciones deluxe, executive, suite VIP, etc. Si el coste del tratamiento dependiera del tipo de habitación, abonaremos el coste del tratamiento según la tarifa correspondiente a una habitación de las características descritas.

Para estancias de 10 días o más, el Asegurado o el especialista deberán enviar un informe médico antes de la octava noche, confirmando el diagnóstico, el tratamiento recibido, el tratamiento planificado y la fecha estimada de alta.

5.2. Quirófano, medicación y vendajes quirúrgicos: comprende los costes de quirófano, sala de recuperación, servicios de enfermería, medicación y vendajes quirúrgicos durante la operación, la recuperación, y la estancia en el hospital.

5.3. Unidades de cuidados intensivos, cuidados coronarios y de alta dependencia: comprende el coste del tratamiento en unidades de cuidados intensivos, cuidados coronarios y de alta dependencia (o sus equivalentes) cuando sea médicamente necesario o una parte esencial de un tratamiento.

5.4. Cirugía, incluidos los costes de cirujanos y anestelistas: comprende además el coste del tratamiento necesario inmediatamente antes y después de la cirugía en el mismo día.

5.5. Gastos de especialistas cuando el Asegurado requiera tratamiento médico durante su estancia en el hospital.

5.6. Alojamiento de los padres en el hospital: comprende la habitación y manutención para uno de los padres cuando un hijo menor de 18 años esté asegurado y recibiendo un tratamiento hospitalario cubierto por la póliza.

5.7. Patología, rayos X y pruebas diagnósticas (por ejemplo electrocardiogramas): incluyendo los tests genéticos cuando sean recomendados por un especialista para diagnosticar o valorar la

condición del Asegurado durante su estancia en el hospital.

5.8. Rehabilitación: incluye la fisioterapia en régimen hospitalario.

Comprende hasta el límite establecido en las Condiciones Particulares.

5.9. Tratamiento oncológico: comprende las pruebas para la detección del cáncer, medicación y costes de especialistas oncológicos.

5.10. Prótesis: de acuerdo a la cobertura de Prótesis anteriormente descrita.

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 metabolopatías 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.

7. Chequeos preventivos

Comprende, con el límite establecido en las Condiciones Particulares, las siguientes coberturas:

7.1 Chequeos preventivos:

Un chequeo preventivo incluye normalmente varios tests para valorar el estado de salud del Asegurado y podría incluir: valoración del colesterol, presión sanguínea, diabetes, anemia, función pulmonar, función hepática, función renal y riesgo cardiovascular. **Comprende un chequeo preventivo por asegurado y anualidad del seguro.**

7.2 Chequeos específicos:

Incluye, con el límite establecido en las Condiciones Particulares, el diagnóstico del cáncer de próstata (que puede incluir la evaluación del antígeno prostático específico (APE) y/o un examen físico), el diagnóstico del cáncer de colon, mamografía y citología.

8. Cuidados paliativos

Cuando el Asegurado haya recibido un diagnóstico terminal y no sea posible el tratamiento para su recuperación, esta cobertura comprende con el límite establecido en las Condiciones Particulares:

- Estancia en hospital (incluidos los específicos para cuidados paliativos)
- Cuidados de enfermería
- Medicamentos prescritos
- Cuidados físicos, psicológicos, sociales o espirituales

9. Indemnización por hospitalización

Comprende, con el límite establecido en las Condiciones Particulares, una indemnización por cada noche de hospitalización cuando la asistencia no sea prestada con la cobertura de esta póliza. Para ello, deberá presentarse la solicitud de reembolso firmada y sellada por el hospital, junto con una carta del Asegurado donde se indique que fue hospitalizado sin utilizar la cobertura de esta póliza. **"Esta indemnización no se aplicará en los casos de hospitalización psiquiátrica".**

10. Medicación y vacunas

Comprende, con el límite específico de capital asegurado establecido en las Condiciones Particulares, el reembolso del importe de aquellos medicamentos y vacunas cuya comercialización se encuentre legalmente autorizada por el organismo público competente en la materia, y siempre que sean necesarios para el tratamiento de patologías padecidas por el Asegurado y cubiertas por esta póliza o su prevención en el caso de las vacunas. El reembolso de dicho importe se realizará una vez aportada la factura original acreditativa de haber abonado el medicamento o vacuna, y la prescripción de un médico.

11. Medicina alternativa

Comprende, con el límite específico de capital asegurado establecido en las Condiciones Particulares, la consulta, el tratamiento y los medicamentos complementarios prescritos o administrados en consulta para las siguientes especialidades: acupuntura, quiropráctica, homeopatía, osteopatía y medicina tradicional china.

Comprende hasta el límite establecido en las Condiciones Particulares.

12. Tratamiento de infertilidad

Está incluido el tratamiento de la infertilidad / esterilidad, con el límite establecido en las Condiciones Particulares, para aquellas aseguradas de hasta 40 años de edad y siempre que ambos miembros de la pareja sean asegurados de Sanitas.

Se excluye la cobertura para aquellos asegurados que por su condición biológica sexual resulte imposible conseguir un embarazo sin utilizar las técnicas referidas.

Se excluyen las técnicas que se realicen cuando la esterilidad de algún miembro de la pareja se haya producido voluntariamente o sobrevenga como consecuencia del proceso fisiológico natural propio de la finalización del ciclo reproductivo de la persona.

Se cubre un intento de IA y uno de FIV, más ICSI si fuera necesaria. Se excluyen todos los procesos en los que haya donación, los tratamientos que tenga que recibir el donante y todas las técnicas accesorias sobre los embriones, ovocitos y el esperma. Por "intento" se entiende:

1. Inseminación artificial: una administración del tratamiento.
2. FIV: una transferencia de embriones, sea cual sea el número que se haya obtenido y conservado.

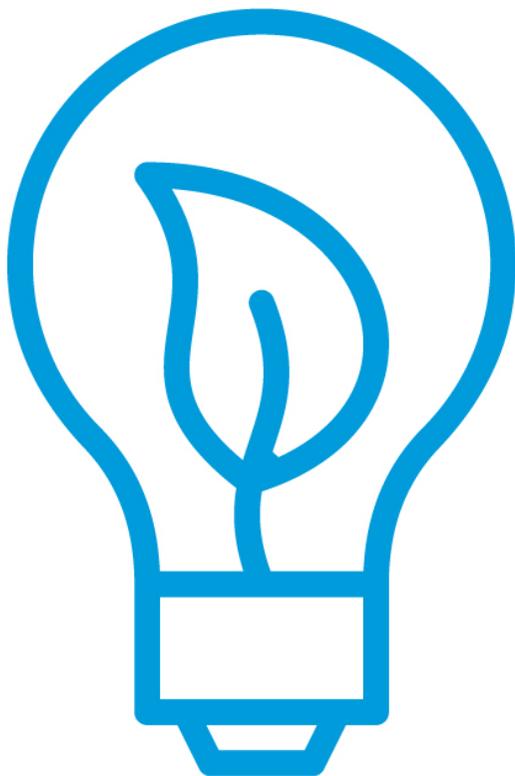
13. Dispositivos auxiliares

Está incluido el equipo médico no implantable que forme parte de un tratamiento posterior a una cirugía, o que resulte médicamente necesario y forme parte de un proceso de recuperación a corto plazo.

Se proporcionará en concepto de alquiler y siempre que:

- Pueda utilizarse más de una vez
- No sea desechable
- Se utilice para un fin médico
- No se utilice en caso de ausencia de enfermedad, afección o lesión
- Sea adecuado para el uso en el hogar

COBERTURAS ADICIONALES DE LA PÓLIZA



Cobertura Clínica Universidad de Navarra

1.OBJETO DE LA COBERTURA

Permitir el acceso de los Asegurados a los siguientes hospitales pertenecientes a la Clínica Universidad de Navarra (en adelante, "CUN"):

- El Hospital de la CUN en Navarra, situado en Avda. de Pío XII, 36, Pamplona (en adelante, el "Hospital CUN Navarra"). **Su inclusión en el cuadro médico de la Póliza se produce en la fecha de efecto de la presente cobertura complementaria.**
- El Hospital de la CUN en Madrid, situado en calle del Marquesado de Santa Marta, 5 (en adelante, el "Hospital CUN Madrid"). **Su inclusión en el cuadro médico de la Póliza se produce en la fecha de efecto de la presente cobertura complementaria.**

El Hospital CUN Navarra y el Hospital CUN Madrid se denominarán conjuntamente en adelante los "Hospitales de CUN".

Alcance de la cobertura:

En las Condiciones Particulares de la Póliza, en adelante "la Póliza", figurarán identificados aquellos Asegurados que resulten beneficiarios de la presente cobertura complementaria.

Dichos Asegurados podrán acudir bajo la cobertura de la Póliza a los Hospitales de CUN, para aquellas especialidades médicas que sean concertadas por SANITAS para cada Hospital, y que figurarán especificadas en cada momento en la Guía orientadora de médicos y servicios de la Póliza.

Al presente complemento le resultaran de aplicación **los periodos de carencia establecidos en el Condicionado General** de la Póliza.

Las prestaciones aseguradas serán en todo caso las garantizadas por la Póliza bajo la modalidad de cuadro médico concertado y en los mismos términos, (incluyendo sus límites, exclusiones, franquicias, copagos, etc.), establecidos en el condicionado de la Póliza para cualquier otro centro de dicho cuadro médico. En ningún caso se prestarán dichas coberturas bajo la modalidad de reembolso de gastos.

2.DURACIÓN

La presente cobertura complementaria entra en vigor en la fecha de efecto específicamente indicada en las Condiciones Particulares de la Póliza, y su extinción coincidirá con la fecha de vencimiento de la Póliza.

Llegada la fecha de vencimiento de la cobertura complementaria, ésta se prorrogará por anualidades sucesivas en los mismos términos establecidos en las Condiciones Generales de la Póliza. En todo caso, el Tomador y SANITAS podrán oponerse a la prórroga de la cobertura complementaria mediante notificación escrita a la otra parte, efectuada con antelación no inferior a dos meses a la fecha de vencimiento de la cobertura si es SANITAS quien realiza dicha notificación, y de un mes si es el Tomador quien la realiza.

La extinción de la Póliza implicará la extinción de la presente cobertura complementaria. Serán igualmente causas de extinción de la presente cobertura las contempladas en las Condiciones Generales de la Póliza, incluyendo el impago de la prima de seguro, o mensualidad o fracción de la misma, correspondiente a esta cobertura complementaria.

3.PRIMA DEL SEGURO

El importe de prima correspondiente a esta cobertura complementaria es el específicamente indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza.

En caso de establecerse en las Condiciones Generales o Particulares de la Póliza

copagos, franquicias o participación en gasto en relación a determinadas prestaciones aseguradas, los mismos se aplicarán igualmente y en idénticos términos en caso de acudir el Asegurado a los Hospitales de CUN objeto de esta cobertura complementaria.

4. APLICACIÓN DEL CONDICIONADO DE LA PÓLIZA

En todo lo no previsto expresamente en el presente complemento, **será de aplicación subsidiaria a la cobertura complementaria y a las prestaciones aseguradas que se lleven a cabo en o por los Hospitales de CUN lo previsto en el Condicionado General y Particular de la Póliza, con sus límites y exclusiones de cobertura asegurada, forma de prestar los servicios y en general los restantes términos estipulados en el condicionado de la Póliza.**

Cobertura de óptica

Comprende exclusivamente el reembolso del importe del siguiente material de óptica: lentes de contacto graduadas y cristales graduados, siempre y cuando esté prescrito por un oftalmólogo perteneciente al cuadro médico del producto contratado salvo que éste contemple la modalidad de reembolso, en cuyo caso no sería necesario que el oftalmólogo perteneciera a dicho cuadro médico. Límite de una factura al año.

El reembolso de dicho importe se realizará en el porcentaje establecido en las Condiciones Particulares y hasta el límite del capital asegurado igualmente indicado en las mismas, una vez aportado por el asegurado la factura acreditativa de haber abonado el material de óptica objeto de cobertura, y el documento de prescripción de un oftalmólogo.

1. PLAZOS DE CARENANCIA

Todas las coberturas entrarán en vigor una vez haya tomado efecto la misma en la fecha expresamente indicada en las

correspondientes Condiciones Particulares, y transcurridos los siguientes plazos de carencia:

- **Solicitud del reembolso de material de óptica:** 6 meses

Cobertura adicional de Evacuación y Repatriación

EVACUACIÓN

El Asegurador se hará cargo de todos los gastos ocasionados por el traslado del Asegurado en caso de evacuación, no siendo necesariamente el lugar de destino el país de origen del Asegurado, sino aquel donde se garantice la adecuada prestación del servicio.

Podría darse el caso de que no se pudiera llevar a cabo la Evacuación debido a que la situación local lo hiciera imposible, fuera improcedente médicamente, por su peligrosidad, o no fuera posible entrar en el área: por ejemplo, zona catastrófica de guerra.

REQUISITOS

Para la prestación de la presente garantía deben cumplirse los siguientes requisitos:

- Se deberá tener contratada la garantía opcional de evacuación antes de necesitar dicho servicio.
- El tratamiento por el cuál se solicita la evacuación debe estar cubierto por la póliza de Global Care
- Dicho tratamiento deberá ser prescrito por un médico, y se proporcionará siempre y cuando no sea posible ofrecerlo en el lugar donde sufrió el siniestro el Asegurado o no hubiese reservas disponibles para realizarle una transfusión de sangre.
- Será imprescindible que el Asegurado contacte con el número de teléfono **+ 1 305 275 3439** para la preautorización del servicio.
- Sólo se tramitará el siniestro gestionado a través de la compañía concertada por el Asegurador.

COBERTURAS INCLUIDAS

- Incluye los gastos de Evacuación al lugar más cercano donde el tratamiento médico requerido se encuentre disponible. Podría tratarse de otro punto del país donde se encuentre el Asegurado/a y en ningún caso será su país de origen.
- Incluye el 100% de los gastos de hotel en los términos determinados por la aseguradora, si la estancia del Asegurado se prolonga mientras es evacuado.
- Incluye el 100% de los gastos de hotel hasta un máximo de 7 días en los términos determinados por la aseguradora, si el Asegurado no puede coger un vuelo de regreso a su país después de un tratamiento médico derivado de una evacuación.
- Incluye los gastos de un acompañante hasta los límites reflejados en las condiciones particulares de la póliza.
- Incluye los gastos de viaje en los términos determinados por la aseguradora, para las personas dependientes del Asegurado evacuado hasta los límites reflejados en las condiciones particulares de la póliza.
- Incluye los gastos razonables del traslado de vuelta del Asegurado/a (y acompañante asegurado si fuera el caso) al lugar desde donde se efectuó la Evacuación. La gestión del viaje de vuelta deberá ser confirmada por BUPA Global o sus representantes, deberá efectuarse dentro del plazo de 14 días a contar desde la finalización del tratamiento médico. Incluye los gastos razonables del viaje de vuelta por la ruta más directa disponible por tierra/mar, o por los gastos de un billete de avión en clase turista por la ruta más directa disponible, siempre la opción más económica. El asegurador se encargará de gestionar la compra de los billetes.

COBERTURAS EXCLUIDAS

- **No está incluido ningún otro gasto relacionado con la Evacuación como gastos de, taxi, traslado de**

pertenencias, etc. Los gastos ocasionados por el tratamiento médico recibido no son pagaderos por su cobertura de Evacuación, sino por la cobertura de la póliza de seguro médico definida en el condicionado general. Se podría dar el caso que por razones médicas, el Asegurado/a paciente viajara en una clase diferente a la del acompañante.

- **Los gastos del tratamiento no deberán sobrepasar los límites y coberturas del Cuadro de Prestaciones que se acompaña en las condiciones particulares de la póliza.**

REPATRIACIÓN

El Asegurador se hará cargo de todos los gastos ocasionados por el traslado del Asegurado en caso de repatriación para que pueda ser tratado en hospital, incluyendo los gastos del hospital de día. El traslado se realizará exclusivamente al país de origen o residencia del Asegurado.

Podría darse el caso de que no se pudiera llevar a cabo la repatriación debido a que la situación local lo hiciera imposible, fuera improcedente médicamente, por su peligrosidad, o no fuera posible entrar en el área: por ejemplo, zona catastrófica de guerra.

REQUISITOS

Para la prestación de la presente garantía deben cumplirse los siguientes requisitos:

Se deberá tener contratada la garantía opcional de repatriación antes de necesitar dicho servicio.

- El tratamiento por el cuál se solicita la repatriación deberá estar cubierto por la póliza de Global Care.
- El tratamiento por el cuál se solicite la repatriación médica del Asegurado deberá ser prescrito por un médico, y se proporcionará siempre y cuando no sea posible ofrecer la cobertura en el lugar donde sufrió el siniestro el Asegurado. Los

representantes médicos del Asegurador podrán solicitar información al médico que atiende o haya atendido al Asegurado antes de autorizar el servicio de repatriación. El Asegurado está obligado a presentar cualquier prueba requerida por el Asegurador.

- Será imprescindible que el Asegurado contacte con el número de teléfono + **1305 275 3439** para la preautorización del servicio.
- Sólo se tramitará el siniestro gestionado a través de la compañía concertada por el Asegurador.

COBERTURAS INCLUIDAS

- Incluye todos los gastos razonables de transporte para el tratamiento médico efectuado en régimen de hospitalización u hospitalización de día. Así mismo, podrá autorizarse el traslado para un diagnóstico por imagen o un tratamiento oncológico.
- Incluye los gastos de Repatriación a su país de origen o residencia.
- La repatriación al país de origen en caso de fallecimiento, se realizará de acuerdo a los requisitos de la aerolínea.
- Incluye los gastos de viaje en los términos determinados por la aseguradora, para las personas dependientes del Asegurado repatriado hasta los límites reflejados en las condiciones particulares de la póliza, independientemente de que no esté asegurado en la póliza.
- Incluye los gastos de viaje en los términos determinados por la aseguradora, para las personas dependientes del Asegurado cuyos restos mortales sean repatriados al país de origen hasta los límites reflejados en las condiciones particulares de la póliza.
- Incluye los gastos razonables del traslado de vuelta del Asegurado/a (y acompañante si fuera el caso) al lugar desde donde se efectuó la Repatriación. La gestión del viaje de vuelta deberá ser confirmada por

BUPA Global o sus representantes, deberá efectuarse dentro del plazo de 14 días a contar desde la finalización del tratamiento médico. Incluye los gastos razonables del viaje de vuelta por la ruta más directa disponible por tierra/mar, o por los gastos de un billete de avión en clase turista por la ruta más directa disponible, siempre la opción más económica. El asegurador se encargará de gestionar la compra de los billetes.

COBERTURAS EXCLUIDAS

- **No está incluido ningún otro gasto relacionado con la Repatriación como gastos de hotel, taxi, traslado de pertenencias, etc. Los gastos ocasionados por el tratamiento médico recibido no son pagaderos por su cobertura de Repatriación, sino por la cobertura de la póliza de seguro médico definida en el condicionado general. Se podría dar el caso que por razones médicas, el Asegurado/a paciente viajara en una clase diferente a la del acompañante.**
- **Los gastos del tratamiento no deberán sobrepasar los límites y coberturas de las condiciones particulares detalladas en la póliza.**
- **No se incluye el coste de incineración ni otros servicios funerarios, ni el traslado de un acompañante en este caso.**

CONDICIONES GENERALES PARA LA EVACUACIÓN - REPATRIACIÓN

1. El Asegurado deberá contactar con nuestros representantes antes de que la Evacuación/Repatriación proceda al teléfono + **1 305 275 3439**.
2. Nuestros representantes deberán confirmar todo el proceso con el Asegurado.
3. El servicio de asistencia sólo aplica para hospitalizaciones y casos en hospital de día.

4. El tratamiento médico requerido debe haber estado prescrito y aconsejado por el médico tratante y por razones exclusivamente médicas, además de no encontrarse disponible localmente.

5. El tratamiento médico necesitado debe estar cubierto por la póliza del Asegurado/a.

6. El Asegurado/a debe tener cobertura en el país donde se efectúa la Evacuación/Repatriación para disponer del tratamiento médico necesitado.

7. El Asegurado/a deberá haber incluido la cobertura de servicio de asistencia en su póliza con anterioridad a la fecha del tratamiento necesitado.

8. La Evacuación/Repatriación no se efectuará si el Asegurado/a tenía conocimiento de los síntomas de su condición médica antes de requerir la cobertura de asistencia.

Los doctores representantes de BUPA Global revisarán el caso del Asegurado/a y estudiarán los pormenores con el médico tratante del mismo/a antes de autorizar la Evacuación/Repatriación. La Evacuación/Repatriación no se llevará a cabo si no fuera médicamente procedente.

CÓMO GESTIONAR LA EVACUACIÓN- REPATRIACIÓN

La gestión de la Evacuación/Repatriación se efectuará a través de nuestros representantes y deberá ser confirmado previamente llamando al teléfono + 1 305 275 3439. El Asegurado/a deberá proporcionarnos toda la información y documentación que razonablemente podamos solicitar para su caso. Sólo pagaremos por los gastos ocasionados si la gestión ha sido confirmada por los representantes de BUPA Global.

CÓMO SE REALIZARÍA UNA EVACUACIÓN/REPATRIACIÓN DE UN ASEGURADO/A INTEGRANTE DE ESTE GRUPO

En primer lugar, el Asegurado/a siempre deberá contactar con BUPA Global en el teléfono + 1 305 275 3439 e informarnos del problema y la situación en la que se encuentra. La Evacuación/Repatriación deberá ser autorizada y confirmada por BUPA Global y será nuestro servicio de emergencia quien se encargue de su gestión y seguimiento.

Como se menciona anteriormente, el país de evacuación no podrá ser elegido por el Asegurado/a de este grupo. Para poder decidir el país de evacuación, BUPA Global tomará en cuenta las circunstancias del Asegurado/a, condición médica a tratar, tratamiento necesitado, área geográfica en la que se encuentra, etc..., siempre desde una perspectiva médica.

Para efectuar una evacuación a los E.E.U.U., el Asegurado/a, deberá contar con cobertura en el país. Sólo se efectuará una evacuación a los E.E.U.U., si el Asegurado/a cuenta con cobertura Mundial para su tratamiento médico incluyendo los E.E.U.U. La decisión de proceder a la misma, será tomada por BUPA Global teniendo en cuenta los aspectos previamente mencionados.

ASPECTOS A TENER EN CUENTA PARA PODER INCLUIR COBERTURA MUNDIAL INCLUYENDO LOS E.E.U.U. EN LA PÓLIZA DE SALUD INTERNACIONAL

Los integrantes de este grupo podrán incluir cobertura Mundial incluyendo los E.E.U.U. cuando deseen contar con cobertura médica en el país.

En el caso de que el Asegurado/a fuera de nacionalidad Estadounidense, éste deberá pasar un mínimo de 6 meses viviendo/residiendo fuera de los E.E.U.U. para poder incluir cobertura Mundial incluyendo los E.E.U.U. en su póliza internacional. La ley Americana no permite contratar un seguro médico internacional a personas con estatus de residente en los E.E.U.U. e incluir cobertura dentro del país. Los residentes en E.E.U.U. deberán contratar una póliza de seguro médico local.

Cobertura digital

Asesor Médico

1. OBJETO DE LA COBERTURA

Facilitar al asegurado información, orientación y atención profesional y personalizada, exclusivamente mediante técnicas de comunicación a distancia (vía telefónica, mensajería online y videoconsulta) para facilitar información orientativa sobre dudas médicas generales.

Alcance de la cobertura:

- Servicio ofrecido por médicos especializados en facilitar asesoramiento general a distancia, sin que en ningún caso permita el diagnóstico de enfermedades o prescripción de medicamentos. En caso de urgencia debe acudir a cualquier centro concertado a tal fin por SANITAS.
- Asesoramiento médico general, y orientación al paciente en referencia a sus consultas de salud (recomendaciones de derivaciones al especialista adecuado, posibles alternativas,...).
- Esta cobertura corresponde al Asegurado y es personal e intransferible.
- El horario de atención es de lunes a viernes de 9h a 21h.
- Los servicios serán prestados del modo que establezca SANITAS. Para el servicio de videoconsulta en aquellos casos en que esté disponible, deberá concertarse cita previa.
- Los servicios que son objeto de esta cobertura asegurada 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.

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 mensajería online o

citación para videoconsulta, dentro del horario establecido.

- El Asegurado también podrá contactar telefónicamente con el asesor médico, siempre que lo necesite en horario de 9:00 a 21:00.
- 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.

2. 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.

3. RIESGOS EXCLUIDOS

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

- **Consultas o atenciones que requieran la presencia física del facultativo.**
- **Las coberturas excluidas en las condiciones generales y particulares de la póliza.**

Entrenador Personal

1. OBJETO DE LA COBERTURA

Facilitar al Asegurado información, orientación y atención profesional y personalizada en materia de actividad física, mediante técnicas de comunicación a distancia (principalmente vía telefónica, mensajería online y videoconsulta) con el objetivo de mejorar la condición física del Asegurado.

Alcance de la cobertura:

- Servicio ofrecido por fisioterapeutas especializados y entrenadores personales específicamente designados por SANITAS en cada caso, que trabajan con protocolos médicos y planes de atención específicos en función del perfil y la situación de salud del Asegurado.
- Asesoramiento en todos los aspectos relacionados con la actividad física, ofreciendo recomendaciones en materia deportiva, 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.
- Servicio prestado a través de técnicas de comunicación a distancia, principalmente vía telefónica, mensajería online y videoconsulta.
- Esta cobertura corresponde en exclusiva al Asegurado y es personal e intransferible.
- El horario de atención es de lunes a viernes de 10h a 22h. Excepto festivos Nacionales y locales en Madrid.
- El servicio de videoconsulta se prestara en aquellos casos que SANITAS lo establezca y siempre con cita previa.
- Los servicios objeto de esta cobertura con 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.

Procedimiento:

- El Asegurado solicitará este servicio a través de Mi Sanitas en www.sanitas.es o a través de la App móvil.
- Un entrenador personal (fisioterapeuta) elaborará un plan de actividad física personalizado.
- Se planificará con el Asegurado la periodicidad y tipo de contactos de seguimiento del programa (vía telefónica, mensajería online y videoconsulta).
- El Asegurado también podrá contactar con el entrenador personal, siempre que lo necesite, telefónicamente, mediante mensajería online o citación para videoconsulta, durante el período de

vigencia del producto 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 y dentro del horario establecido.

2. 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.

3. RIESGOS EXCLUIDOS

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

- **Consultas o atenciones efectuadas con carácter presencial.**
- **El objeto de esta cobertura no comprende el diagnóstico de enfermedades ni la prescripción de pruebas diagnósticas ni 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 con carácter general en las condiciones generales y particulares de la póliza.**

Nutrición

1. OBJETO DE LA COBERTURA

Facilitar al Asegurado información, orientación y atención profesional y personalizada en materia de nutrición, mediante técnicas de comunicación a distancia (principalmente vía telefónica, mensajería online y videoconsulta) para servir de apoyo a la consecución de hábitos alimentarios saludables.

Alcance de la cobertura:

- 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.
- Asesoramiento en todos los aspectos relacionados con nutrición, ofreciendo recomendaciones, 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.
- Servicio prestado a través de técnicas de comunicación a distancia, principalmente vía telefónica, mensajería online y videoconsulta.
- Esta cobertura corresponde en exclusiva al Asegurado y es por tanto personal e intransferible.
- El horario de atención es de lunes a viernes de 10h a 22h excepto festivos nacionales y locales de Madrid.
- El servicio de videoconsulta se producirá siempre que esté disponible y con cita previa.
- Los servicios que son objeto de esta cobertura asegurada son prestados por Sanitas Emisión S.L.
- Si el Asegurado es menor de 18 años la interlocución se efectuará con el representante legal del menor.

Procedimiento:

- El Asegurado solicitará este servicio a través de Mi Sanitas en www.sanitas.es o a través de la App móvil. Un nutricionista elaborará un plan de nutrición personalizado.
- Se programará con el Asegurado la periodicidad y tipo de contactos de seguimiento del programa (vía telefónica, mensajería online y videoconsulta).
- El Asegurado también podrá contactar con el nutricionista, siempre que lo necesite, telefónicamente, mediante mensajería online o citación para videoconsulta, durante el periodo de vigencia del producto y dentro del horario establecido.

2. 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.

3. RIESGOS EXCLUIDOS

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

- **Consultas o atenciones efectuadas con carácter presencial.**
- **Diagnóstico de enfermedades, prescripción de pruebas diagnósticas y tratamientos médicos.**
- **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 SANITAS).**
- **Las coberturas excluidas con carácter general en las condiciones generales y particulares de la póliza.**

Psicología

1. OBJETO DE LA COBERTURA

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

mediante técnicas de comunicación a distancia (principalmente vía telefónica, mensajería online y videoconsulta), para servir de apoyo a la consecución del bienestar psicológico.

Alcance de la cobertura:

- 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.
- Los objetivos y planes de acción con cada Asegurado serán individualizados y se consensuarán conjuntamente con el mismo.
- Servicio prestado a través de técnicas de comunicación a distancia, principalmente vía telefónica, mensajería online y videoconsulta.
- Esta cobertura corresponde al Asegurado y es personal e intransferible.
- El horario de atención es de lunes a viernes de 10h a 22h. excepto festivos nacionales, y locales de Madrid.
- Los servicios serán prestados del modo que establezca SANITAS. Para el servicio de videoconsulta éste se prestará en aquellos casos en que esté disponible y, deberá de concertarse mediante cita previa. Los servicios que son objeto de esta cobertura asegurada son prestados por Sanitas Emisión S.L.

Procedimiento:

- El Asegurado solicitará este servicio a través de Mi Sanitas en www.sanitas.es o a través de la App móvil.
- Un psicólogo elaborará un plan personalizado sobre el Asegurado y programará el plan de acción.
- Se programará con el Asegurado la periodicidad y tipo de contactos de seguimiento del programa (vía telefónica, mensajería online y videoconsulta), que efectuará el asesor siguiendo el plan de acción establecido.
- El Asegurado también podrá contactar con el asesor, siempre que lo necesite, en horario de 10:00 a 18:00 o bien, mediante mensajería online o citación para videoconsulta.

- 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.

2. 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.

Esta cobertura estará en vigor hasta la fecha de vencimiento de la póliza de la cual forma parte y se prorrogará en los mismos términos y condiciones establecidos para la garantía principal en las condiciones generales de esta póliza.

3. RIESGOS EXCLUIDOS

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

- **Los Asegurados menores de 18 años y aquellos que no figuren como Asegurados del seguro principal que es objeto de esta póliza.**
- **Consultas o atenciones efectuadas con carácter presencial.**
- **Diagnóstico de enfermedades, prescripción de pruebas diagnósticas y tratamientos médicos.**
- **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 SANITAS).**

- **Las coberturas excluidas con carácter general en las condiciones generales y particulares de la póliza.**

- Ortodoncia
- Implantología
- Prótesis sobre implantes
- Radiología
- Patología articulación temporomandibular

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 requiera medidas excepcionales diagnósticas o terapéuticas y/o su pronóstico vital esté gravemente comprometido. 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 SANITAS y será enviado al domicilio del cliente.

Para utilizar este servicio, el Asegurado remitirá a SANITAS el expediente clínico que comprenderá información médica escrita, radiografías u otros diagnósticos por imagen realizados excluyendo cualquier envío de material biológico o sintético. SANITAS hará llegar dicho expediente al especialista o centro correspondiente según la enfermedad de que se trate.

Sanitas Dental

1. Servicios incluidos en su póliza

Esta cobertura incluye las siguientes especialidades, con los tratamientos, sublímites y porcentajes de reembolso establecidos en las Condiciones Particulares:

- Odontología preventiva
- Cirugía oral
- Odontología conservadora
- Endodoncia
- Odontología estética
- Odontopediatría (menores de 15 años)
- Prótesis
- Periodoncia

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. SANITAS 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. Queda excluida de la cobertura asegurada de la póliza aquellas enfermedades, accidentes, lesiones, malformaciones o defectos:

- Que se produzcan como consecuencia de fenómenos naturales: terremotos, maremotos, inundaciones, erupciones volcánicas o tempestades, así como aquellos que guarden relación directa o indirecta con radiaciones nucleares o contaminación radiactiva.

- Los ocasionados como consecuencia de actos violentos, como terrorismo, revoluciones y maniobras militares, aun en tiempo de paz y epidemias declaradas oficialmente.
- Cualquier otro hecho similar a los anteriores en los que SANITAS no pueda cumplir con sus obligaciones contractuales por causas de fuerza mayor o que se encuentren fuera del control razonable de la compañía.
- Los producidos practicando el Asegurado, como aficionado, deportes de riesgo, como por ejemplo actividades aéreas, pruebas de velocidad con vehículos a motor, submarinismo, esquí fuera de pista o con saltos de trampolín, el bobsleigh, escalada, boxeo, lucha en cualquiera de sus modalidades, toreo y encierro de reses bravas, artes marciales, rugby, quad, espeleología, actividades de navegación o en aguas bravas, rafting, puenting, hidrospeed, barranquismo, paracaidismo, parapente, aerostación, vuelo libre, vuelo sin motor, 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.

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 culpa grave o negligencia del Asegurado.

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 SANITAS, 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 específico 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 salvo los contemplados en el correspondiente apartado de las presentes Condiciones Generales. SANITAS no se hará cargo en ningún caso de la cobertura económica del órgano a trasplantar, ni de cualquier coste relacionado con el donante. Así mismo, quedan excluidos los trasplantes de órganos mecánicos o de origen animal.
- Cualquier asistencia derivada de la donación de órganos por parte del Asegurado.
- Cualquier intervención quirúrgica sobre el no nacido.
- Cualquier técnica quirúrgica que utilice equipos de cirugía robótica.
- Las determinaciones del mapa genético, que tienen como finalidad conocer la predisposición del Asegurado o de su ascendencia o descendencia presente o futura a padecer todas las enfermedades relacionadas con alteraciones genéticas. Excepto la determinación de BCRA1 y BCRA2, y las plataformas genómicas para el cáncer de mama (ONCOTYPE; MAMMAPRINT y PROSIGNA) en las condiciones detalladas en apartados anteriores. También quedan expresamente excluidos los mapas genéticos de

tumores tipo biopsia líquida y la farmacogenética.

- Las prótesis y material implantable salvo los contemplados en el correspondiente apartado de las condiciones generales. Quedan excluidos entre otros: fijadores externos; materiales biológicos o sintéticos; injertos; endoprótesis aórtica en cirugías programadas; conductos valvulados, excepto los conductos valvulados asociados a cirugía valvular aórtica; 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.
- Reconocimientos médicos generales de carácter preventivo, salvo las coberturas mencionadas en las presentes Condiciones Generales.

- Servicios o técnicas que consisten en meras actividades de ocio, descanso, confort o deporte, así como los tratamientos en balnearios.

- 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.

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 o en las garantías complementarias de Evacuación y Repatriación cuando éstas hayan sido adquiridas.

K. Los siguientes medicamentos de uso humano:

- Cualquier tipo de medicamento que sea administrado al asegurado fuera del régimen de asistencia sanitaria con hospitalización con la única excepción de la quimioterapia administrada vía parenteral por un profesional sanitario y mediante instilación vesical en el caso de MITOMICINA Y BCG en régimen de asistencia sanitaria sin hospitalización o ambulatoria; y la medicación en las terapias respiratorias domiciliarias que sean objeto expreso de cobertura asegurada.
- 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
 - Productos Parafarmacia

También se excluyen los estudios farmacocinéticos de cualquier medicamento.

L. Quedan excluida la cirugía bariátrica en obesidad y cirugía metabólica en diabetes excepto en España cuando sea prestada de acuerdo a las condiciones establecidas en estas Condiciones Generales.

M. Queda excluida la radiocirugía.

N. Queda excluida la cirugía de parkinson.

Ñ. Queda excluida la cirugía de la epilepsia.

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

Cláusula IV: Periodos de carencia

Todas las prestaciones que en virtud de este seguro asuma SANITAS, serán facilitadas desde el momento de entrada en vigor del presente contrato. Se exceptúan de este principio general los siguientes servicios, respecto de los cuales será necesario que hayan transcurrido los respectivos plazos de carencia que se especifican seguidamente:

- **Asistencia al parto salvo parto prematuro (menos de 37 semanas):** 8 meses
- **Asistencia psicológica y psiquiátrica:** 8 meses
- **Diagnóstico de infertilidad:** 8 meses
- **Maternidad (seguimiento del embarazo, parto (salvo parto prematuro (menos de 37 semanas)) y cuidados rutinarios del recién nacido en el hospital):** 8 meses

Cláusula V: Forma de prestar los servicios

1. A través del cuadro médico concertado en España y en la red mundial de centros participantes

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 en España y en la red mundial de centros participantes correspondiente a este producto asegurador, en la forma indicada en los siguientes apartados. 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 SANITAS o la tarjeta exclusiva para EEUU (cuando se haya contratado esta zona de cobertura). 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, cuando aplique.

SANITAS 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 nos sean objeto de dicha cobertura asegurada.

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

1.1.- Acceso a la red de SANITAS en España

Los Asegurados podrán acudir libremente en España 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 por SANITAS para este producto. Consulte en la guía Orientadora de Médicos y Servicios aquellos especialistas para los que es necesario prescripción/autorización.

1.2.- Acceso a la red mundial de centros participantes de Bupa Global

Los Asegurados podrán acudir a la red mundial de centros participantes.

Para garantizar el pago directo de SANITAS al proveedor del servicio y evitar así el pago por parte del Asegurado, será necesario preautorizar con anterioridad el servicio en el teléfono indicado. De lo contrario, no podrá garantizarse el pago directo y corresponderá al Asegurado el pago de los servicios prestados, pudiendo solicitar posteriormente el reembolso de los servicios cubiertos por la póliza.

Podrán preautorizarse los **tratamientos hospitalarios, en hospital de día, oncológicos y determinadas técnicas de diagnóstico por imagen.**

En Estados Unidos será obligatoria la preautorización de estos servicios.

Consulte el listado de centros y profesionales disponibles en www.bupaglobalaccess.com.

2. A través de la modalidad de reembolso de gastos

Las prestaciones médicas que son objeto de cobertura por esta póliza bajo la modalidad de cuadro médico concertado en España y la red de centros participantes y con los mismos límites y exclusiones podrán ser cubiertas bajo la modalidad de reembolso. El reembolso por parte de SANITAS de los gastos correspondientes a las prestaciones médicas aseguradas ya indicadas se realizará de acuerdo con los porcentajes de reembolso y límites específicos de

capital asegurado para cada garantía contratada, según se especifica en las Condiciones Particulares de la presente póliza y siguiendo las normas de tramitación de reembolsos establecidas en este Condicionado General.

Quando el Asegurado utilice la red de SANITAS en España o la red mundial de centros participantes con autorización previa, SANITAS podrá gestionar el pago directo al proveedor del servicio.

A) Procedimiento para el reembolso de gastos

Para la tramitación del reembolso de gastos objeto de cobertura asegurada por esta póliza debe de cumplirse con lo indicado a continuación:

A.1. El Asegurado o cualquier persona en su nombre deberá comunicar el ingreso hospitalario, intervención quirúrgica y en general cualquier prestación médica asegurada dentro del plazo máximo de (7) días de haberlo conocido, salvo que se haya fijado un plazo más amplio.

En el caso de intervención quirúrgica o internamiento hospitalario programado, deberá de comunicar dicha circunstancia a SANITAS, desde el momento en que tenga conocimiento de la fecha en la que dicha intervención quirúrgica o internamiento hospitalario vaya a producirse y en todo caso dentro del plazo máximo de (7) días de haberlo conocido.

A.2. En los casos de intervenciones quirúrgicas, hospitalizaciones, partos o cesáreas, pruebas diagnósticas y métodos terapéuticos, junto con la comunicación de enfermedad o accidente, el Tomador del Seguro o Asegurado enviará a SANITAS informe médico en el que se especifique el diagnóstico y naturaleza de la enfermedad, así como, en su caso, el centro asistencial, fecha de ingreso, duración probable del tratamiento y tipo de éste.

A.3. El Asegurado deberá, además, seguir fielmente todas las prescripciones del médico encargado de la curación y deberá dar a SANITAS toda clase de informaciones sobre las circunstancias o consecuencias del siniestro.

A.4. El Tomador del Seguro o el Asegurado o sus familiares deberán permitir que médicos designados por SANITAS visiten al Asegurado tantas veces como SANITAS lo estime oportuno, así como cualquier averiguación o comprobación que SANITAS considere necesaria sobre su estado de salud.

A.5. En caso de hospitalización, una vez finalizada ésta, el Tomador del Seguro o el Asegurado comunicará tal circunstancia a SANITAS con indicación del periodo de duración del internamiento.

A.6. El Tomador del Seguro o, en su caso, el Asegurado deberá presentar a SANITAS la siguiente documentación:

- Solicitud de reembolso, debidamente cumplimentada.
- Justificantes o facturas de los gastos realmente incurridos por el Asegurado, debidamente desglosados, por cada uno de los conceptos incluidos en las facturas en donde se reflejen:

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

b) La naturaleza de los actos médicos realizados (consulta, pruebas diagnósticas, métodos terapéuticos, intervenciones quirúrgicas, etc.) y sus fechas e importes.

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

- Justificación o acreditación del pago de las facturas por parte del Asegurado.
- Prescripciones médicas de los servicios médicos y/u hospitalarios recibidos por el Asegurado, excepto en el caso de consultas y servicios de podología,

respecto de los cuales no será necesaria la presentación de tales prescripciones.

- Informe médico explicativo de los servicios médicos y/u hospitalarios prestados al Asegurado, del proceso de la enfermedad y su evolución, así como el informe de alta médica u hospitalaria, con indicación, en su caso, de la necesidad de continuidad asistencial.

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

El Tomador o el Asegurado conservarán los originales de los documentos indicados en este apartado durante el plazo de cinco años contados desde la fecha de pago por SANITAS del reembolso solicitado y los pondrá a disposición de ésta cuando se los requiera a efectos de facilitar el cumplimiento de sus obligaciones.

B) Abono de las cantidades objeto de reembolso:

El Tomador o el Asegurado deberán solicitar el reembolso de los gastos médicos y/u hospitalarios que le correspondan en virtud de la presente póliza en el plazo de 90 días desde la fecha en la que haya recibido la asistencia sanitaria correspondiente.

Una vez recibida toda la documentación requerida, y efectuadas las comprobaciones oportunas para establecer la existencia del siniestro, SANITAS reembolsará o consignará la cantidad garantizada.

3. Videoconsulta

El Asegurado podrá acceder a determinados facultativos y especialidades del cuadro médico concertado para recibir una atención médica personalizada mediante técnicas de comunicación a distancia (videoconsulta).

3.1. Descripción:

- El servicio será prestado por especialistas médicos seleccionados por SANITAS dentro del Cuadro Médico concertado de SANITAS.
- SANITAS informará en cada momento en www.sanitas.es de las especialidades y profesionales a los que se podrá acceder a través de esta modalidad de consulta médica a distancia.
- Este servicio se prestará siempre a través de cita previa y no es válido para la atención de urgencias, que serán atendidas en los centros concertados por SANITAS para la debida atención de las mismas.
- Sujeto a disponibilidad de agendas en cada especialidad y horarios de atención del especialista médico. Estos horarios podrán ser consultados por el Asegurado en Mi Sanitas.
- Servicio acompañado de la funcionalidad de mensajería online, durante la videoconsulta y de forma posterior en caso de que el médico lo considere oportuno.
- Durante la videoconsulta se puede realizar intercambio de documentación médica que podrá ser archivada en la Carpeta de Salud de Mi Sanitas en www.sanitas.es.
- SANITAS ha adoptado los medios técnicos legalmente exigidos para garantizar la debida confidencialidad de la información intercambiada mediante esta modalidad.
- Con la finalidad de garantizar dicha confidencialidad se prohíbe la grabación o fijación en cualquier soporte de la captación de imágenes y sonido de la videoconsulta. Queda igualmente prohibido copiar, reproducir, distribuir, difundir, poner a disposición de terceros o de cualquier otra forma comunicar públicamente, transformar o modificar, total o parcialmente y por cualquier medio ya sea electrónico o cualquier otro, la imagen o sonido obtenidos o producidos durante dicha consulta sin consentimiento expreso y escrito del propio facultativo interviniente o de Sanitas S.A. de Hospitales. No obstante lo anterior, el facultativo podrá

conservar copia de la videoconsulta a los efectos de conservarla con la documentación clínica.

- El servicio será prestado exclusivamente a aquellos Asegurados que figuren expresamente dados de alta como tales en la póliza. Cada Asegurado deberá solicitar una cita para recibir el servicio. La videoconsulta deberá de ser individual para cada Asegurado.
- Si el Asegurado es menor de 18 años la videoconsulta únicamente se realizará previa autorización del representante legal del menor.
- El Asegurado deberá disponer y será responsable de todos los medios técnicos (hardware y software) y de comunicación a distancia necesarios para garantizar el correcto desarrollo de la videoconsulta. SANITAS no es responsable de ningún perjuicio que pueda ocasionarse por fallos del equipo informático, de la conexión o de las carencias de estos medios por parte del Asegurado.
- Esta modalidad de consulta solo constituye una ayuda en la toma de decisiones por parte del facultativo, no sustituye a la consulta médica presencial y no permite realizar el diagnóstico de enfermedades o la prescripción de pruebas diagnósticas o tratamientos médicos en todos los casos que precisen, según el criterio del médico, de la presencia del Asegurado en la consulta para su evaluación personal y directa incluyendo la exploración física del Asegurado por el especialista. Los resultados de la consulta presencial prevalecerán en todo caso sobre cualesquiera valoraciones y criterios realizados en la videoconsulta.
- No son objeto de cobertura aquellas consultas realizadas a través de videoconsulta por profesionales que no hayan sido expresamente autorizados por SANITAS para atender a los Asegurados por videoconsulta y ello con independencia de que pertenezcan o no al cuadro médico concertado por Sanitas para este producto.

3.2. Procedimiento:

- El Asegurado solicitará cita en este servicio a través de Mi Sanitas en www.sanitas.es o a través de la App móvil.
- En la fecha y hora de la cita el Asegurado deberá conectarse a la aplicación existente en Mi Sanitas para establecer contacto con el médico e iniciar la videoconsulta siguiendo las demás instrucciones facilitadas por SANITAS en cada momento.

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 SANITAS, 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 SANITAS no le somete cuestionario o cuando, aun sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él.

SANITAS 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 SANITAS, 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 SANITAS 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 SANITAS 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 SANITAS, 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, SANITAS sólo podrá impugnar el contrato si la verdadera edad del Asegurado, en el momento de la entrada en vigor del contrato, excede de los límites de admisión establecidos por aquél.

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

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

2. Duración del seguro

2.1 La fecha de extinción del Contrato de Seguro será la establecida en sus Condiciones Particulares y, a su vencimiento,

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

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

En caso de que la póliza del Seguro sea resuelta por parte del Asegurado, las coberturas cesarán en todo caso en la fecha de vencimiento establecida en las Condiciones Particulares de la póliza, sin que resulte de aplicación lo establecido en el párrafo anterior. Por tanto si el Asegurado se encontrará recibiendo algún tipo de prestación asegurada en el momento del vencimiento de la póliza, la cobertura asegurada de SANITAS cesará en la citada fecha de vencimiento sin tener obligación de asumir ningún coste a partir de dicha fecha, incluso aunque sea derivado de un siniestro ocurrido durante la vigencia del Seguro o salvo que la extinción de la póliza sea motivada por dolo o culpa grave del asegurado.

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

a) Por fallecimiento.

b) Por traslado de residencia al extranjero o por no residir un mínimo de seis (6) meses al año en territorio nacional. La prima corresponderá a SANITAS hasta la fecha en la que el Asegurado comunique y acredite dicha circunstancia.

2.4. Las personas menores de 14 años, sólo podrán incluirse dentro del Seguro en el

caso de estar igualmente aseguradas la persona o personas que ostenten su patria potestad o tutela, salvo pacto en contrario.

3. Primas del seguro

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

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

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

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

3.4. Si por culpa del Tomador, la primera prima no ha sido pagada, SANITAS 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, SANITAS 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 SANITAS queda suspendida un mes después del día del vencimiento.

Si SANITAS 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, SANITAS 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 SANITAS.

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

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

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

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

3.8. En cada renovación del Contrato el Asegurador podrá modificar la prima anual y el importe de la participación del Asegurado en el coste de los servicios, de acuerdo a los

cálculos técnico-actuariales realizados y basados en la variación del coste de los servicios sanitarios, el tipo, la frecuencia de la utilización de las prestaciones garantizadas y la inclusión de innovaciones tecnológicas médicas que no estuvieran cubiertas en la fecha de efecto inicial de la póliza.

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

3.9. El Tomador del Seguro, recibida la comunicación de SANITAS 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 SANITAS, con al menos un mes de antelación a dicha fecha de vencimiento, su voluntad de darlo por terminado.**

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

4. Altas de recién nacidos

Si la asistencia de la madre en el parto se realiza con cargo al Seguro de SANITAS de la que aquella fuese asegurada, los hijos recién nacidos podrán ser incluidos en la póliza con todos sus derechos 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 SANITAS 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, **SANITAS únicamente cubrirá la asistencia sanitaria al recién nacido siempre y cuando esté dado de alta como Asegurado en SANITAS.** 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, SANITAS en virtud de la información facilitada por el Tomador en la Solicitud de Seguro, podrá rechazar la admisión del recién nacido como asegurado.

5. Aportación de informes

El Tomador y Asegurado tienen la obligación de facilitar a SANITAS, en aquellos casos que lo requiera expresamente, los informes médicos y /o presupuestos del prestador que permitan a aquélla determinar si la prestación asistencial requerida es objeto de cobertura por la póliza. SANITAS no tendrá que garantizar la prestación solicitada, mientras no le sean facilitados los citados informes y presupuestos en los casos en que así haya sido expresamente requerido al Asegurado.

6. Reclamaciones

6.1. Control e instancias de reclamación

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

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 SANITAS**, 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 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 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 SANITAS, 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 Fondo de Pensiones, Paseo de la Castellana, 44, 28046 Madrid**. 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 SANITAS, o que ha sido denegada la admisión de la reclamación o desestimada su petición por éste.

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

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

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

7. Otros aspectos legales a tener en cuenta

7.1. Subrogación

Una vez asumido el pago de la prestación garantizada SANITAS 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 SANITAS los documentos necesarios para facilitar la subrogación.

7.2. Comunicaciones

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

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

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

8. Cláusula de protección de datos

8.1 Responsable del tratamiento de sus Datos Personales

SANITAS, SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS, con domicilio social en la C/ Ribera del Loira, 52, 28042, Madrid,(en adelante,"Sanitas").

8.2 Tratamiento de los datos de carácter personal

Se van a tratar los datos de carácter personal, entre otros los identificativos y de salud (en adelante, "Datos Personales"),proporcionados a través de la solicitud del seguro y durante la vigencia del contrato. Los Datos Personales son confidenciales y están adecuadamente protegidos.

El Solicitante, Tomador y Asegurado se compromete a que toda la información relativa al Tomador y Asegurado(s) que facilite a SANITAS es cierta y no ha omitido dato alguno sobre el estado de salud de cada uno de los Asegurados.

8.3 Finalidad del tratamiento de sus Datos Personales

(a) Formalización, desarrollo y ejecución del contrato de seguro. El tratamiento de los Datos Personales es necesario para la celebración del contrato entre el Tomador/Asegurado y Sanitas, así como, para el mantenimiento, desarrollo y ejecución de la relación contractual. Así, Sanitas tratará los Datos Personales del Tomador/Asegurado, entre otros, para valorar, seleccionar y tarificar los riesgos asociados al seguro, gestionar la relación con este gestor la póliza, etc.; pudiendo en determinados casos llegar a tomar decisiones automatizadas con base únicamente en los procedimientos de análisis llevados a cabo para mejorar el servicio prestado como objeto de su contrato con Sanitas. Durante la ejecución del contrato Sanitas podrá tratar sus Datos Personales para evaluar su solvencia económica, realizar estudios estadísticos, de calidad o análisis técnicos, incluso realizando encuestas de satisfacción, así como la gestión del coaseguro/reaseguro en su caso.

(b) Prestación y cobertura del servicio asistencial objeto del contrato de seguro pudiendo a tal fin solicitar y obtener de los profesionales sanitarios información referente a su salud. Sanitas tratará los Datos Personales del Tomador/Asegurado para prestar los servicios objeto del contrato consistentes entre otros, en el adecuado abono a los prestadores sanitarios o el reintegro al asegurado o sus beneficiarios de los gastos de asistencia sanitaria. Con tal finalidad podrá compartir y cederse recíprocamente Datos Personales con los profesionales médicos que presenten 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. Si así lo desea, como parte del servicio Sanitas pone a disposición del Tomador/Asegurado un servicio de "Carpeta de Salud" (accesible a través de "MiSanitas") para que pueda solicitar la cesión y archivo de Datos Personales (p.e. informes médicos o pruebas diagnósticas) generados por los prestadores sanitarios de Sanitas en una herramienta para el uso exclusivo del Tomador/Asegurado.
- (c) Investigación para el diseño de modelos asistenciales objeto del contrato de seguro. El tratamiento de los Datos Personales del Tomador/Asegurado son necesarios para que Sanitas lleve a cabo análisis que le permita diseñar modelos asistenciales a efectos de prevención de salud del Tomador/Asegurado.
- (d) Ofrecimiento y gestión de programas asistenciales y de prevención objeto del contrato de seguro. Sanitas, como consecuencia de los análisis y perfiles llevados a cabo, diseñará modelos asistenciales que podrá ofrecer al Tomador/Asegurado teniendo en cuenta sus características y necesidades específicas. Por tanto, Sanitas necesitará tratar los Datos Personales de éstos con el fin de poder ofrecer y gestionar distintos modelos asistenciales que se adapten específicamente al Tomador/Asegurado.
- (e) Prestación del servicio de promoción de salud objeto del contrato de seguro. Sanitas necesita tratar los Datos Personales del Tomador/Asegurado con el fin de diseñar y perfilar planes de gestión de salud específicos para cada Tomador/Asegurado. Para tal fin, Sanitas, como consecuencia del tratamiento de los Datos Personales del Tomador/Asegurado, elaborará planes de salud personalizados y programas de seguimiento proactivos, facilita la gestión de los casos complejos (como enfermedades graves u hospitalizaciones prolongadas), presta asistencia a pacientes crónicos y proporciona también atención de urgencias.
- (f) Gestionar el acceso y uso de la herramienta "Mi Sanitas". Sanitas podrá tratar los Datos Personales del Tomador/Asegurado con el fin de gestionar y proporcionarle acceso, 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 sus Datos Personales para, entre otros, ofrecerle recomendaciones de salud, poner a disposición del Tomador/Asegurado los recibos y reembolsos, gestionar sus citas, etc.
- (g) Prestación del servicio de videoconsulta por parte de Sanitas. Sanitas tratará, y en su caso cederá a terceros designados por el Tomador/Asegurado sus datos personales, para prestar el servicio de videoconsulta, chat u otros puesto a disposición por Sanitas en la medida en que forme parte de las prestaciones del seguro del Tomador/Asegurado. De esta manera, Tomador/Asegurado podrá, a través de los programas y aplicaciones descargadas al efecto, comunicarse con el personal sanitario de manera no presencial y aportar documentación con el fin de resolver cualquier duda que pudiera surgir al Tomador/Asegurado en el contexto de los servicios de asistencia médica prestados por Sanitas.
- (h) Gestión del riesgo actuarial. Sanitas necesitará tratar los Datos Personales del Tomador/Asegurado 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.
- (i) Cumplimiento de obligaciones que le correspondan a Sanitas por mandato legal. En determinadas ocasiones, Sanitas necesitará tratar los Datos Personales del Tomador/Asegurado para cumplir con

determinadas obligaciones establecidas legalmente. Entre otras, Sanitas tratará 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.

- (j) Elaboración de perfiles. Sanitas trata los Datos Personales del Tomador/Asegurado con el objetivo de que su experiencia con Sanitas esté lo más orientada posible hacia el Tomador/Asegurado y que Sanitas pueda ser capaz de seguir personalizándola durante la prestación del servicio objeto del contrato de seguro. Para ello, Sanitas llevará a cabo un análisis de sus intereses y necesidades para poder, entre otros, ofrecer información adaptada a las características específicas de cada Tomador/Asegurado. Para llevar a cabo este análisis, Sanitas podrá tomar decisiones basadas únicamente en tratamientos automatizados en algunos casos, incluida la elaboración de un perfil. Esto significa que Sanitas podrá utilizar procedimientos automatizados de análisis para reconocer sus intereses y necesidades basándose en el tipo de interacción del Tomador/Asegurado con Sanitas y así poder hacerle llegar información personalizada con indicaciones y consejos, entre otros.

Asimismo, el tratamiento de Datos Personales que haga Sanitas del Tomador/Asegurado se realizará con el fin de mejorar los servicios que ofrecemos, anticipándose Sanitas a las necesidades de salud del Tomador/Asegurado y aumentando los recursos cuando así sea necesario para la atención personalizada del Tomador/Asegurado. Sanitas llevará a cabo un tratamiento de sus Datos Personales para fines de investigación científica con el fin último de mejorar en la medida de lo posible su salud.

- (k) Elaboración de perfiles para el ofrecimiento de nuevos productos y servicios. Sanitas tratará Datos Personales de carácter general del

Tomador/Asegurado a efectos de ofrecerle nuevos productos y servicios de Sanitas que se adapte a sus necesidades e intereses, mejorar dichos productos y servicios, atender mejor sus expectativas y mejorar su grado de satisfacción como cliente.

- (l) Envío de comunicaciones comerciales por cualquier canal, incluido por vía electrónica. Tal y como se ha descrito más arriba, Sanitas tratará los Datos Personales del Tomador/Asegurado para informar y asesorar de forma personalizada, teniendo en cuenta sus intereses y necesidades particulares en los productos y servicios de Sanitas. Así, Sanitas tratará los Datos Personales del Tomador/Asegurado para realizar el envío de comunicaciones comerciales relacionadas con productos y servicios financieros, seguros, servicios socio sanitarios y/o de salud o bienestar por cualquier vía, incluyendo vía electrónica sobre ofertas personalizadas que respondan a sus intereses. Además de lo anterior, Sanitas podrá enviarle comunicaciones comerciales por cualquier vía, incluyendo por vía electrónica, de terceros con los que Sanitas establezca vínculos de colaboración.
- (m) Llevar a cabo procedimientos de anonimización y seudoanonimización de sus Datos Personales. En ocasiones, Sanitas podrá aplicar ciertos procedimientos sobre los Datos Personales del Tomador/Asegurado 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.
- (n) Ceder sus Datos Personales a Empresas del Grupo. Sanitas podrá ceder los Datos Personales del Tomador/Asegurado a las

Empresas del Grupo para el envío de comunicaciones comerciales por cualquier vía, incluyendo vía electrónica, así como para fines de investigación científica o estadística para que, entre otros, Sanitas pueda anticiparse a las necesidades de salud del Tomador/Asegurado.

- (o) Ceder Datos Personales a terceras empresas. Sanitas podrá ceder los Datos Personales del Asegurado a cualquier otra entidad con la que establezcan vínculos de colaboración para la efectividad de las relaciones contractuales con el Asegurado por motivo de reaseguro del riesgo así como para el envío de información comercial relacionada con productos y servicios financieros, seguros, servicios socio sanitarios y/o de salud o bienestar. En particular, las categorías de destinatarios recibirán los Datos Personales del Asegurado se encuentran identificadas en www.sanitas.es/RGPD (Sanitas Seguros) y entre ellas constan otras entidades co/aseguradoras y reaseguradoras, corredores de seguros, entidades con las que se establezca un vínculo comercial, profesionales sanitarios, centros médicos y hospitales.

Sanitas podrá compartir meramente los datos identificativos del Tomador/Asegurado con redes sociales con el objetivo de cruzarlos con la información contenida en dichas redes sociales para entender el modo en que el Solicitante y/o Tomador/Asegurado utiliza las páginas webs y aplicaciones de Sanitas, es decir, qué páginas e información consulta y así poderle ofrecer información personalizada sobre las entidades del grupo Sanitas.

Además de lo anterior, Sanitas podrá llevar a cabo otros tratamientos de los Datos Personales en cuyo caso el Solicitante y/o Tomador/Asegurado recibirá la información necesaria en relación a dichos tratamientos y Sanitas solicitará su consentimiento si así resulta necesario.

8.4 Legitimación para el tratamiento de los Datos Personales del Tomador y Asegurados

- La **base legal** para el tratamiento de los datos para las finalidades (a); (b); (c); (d); (e); (f) y (g) es la **ejecución del contrato de prestación de servicios**.

- La **base legal** para el tratamiento de los datos para las finalidades (h) y (i) es la necesidad del **cumplimiento de una obligación legal aplicable a Sanitas**.

- La **base legal** para el tratamiento de los datos para las finalidades (j); (l); (n) y (o) es el **consentimiento** que se solicita al Solicitante y/o Tomador/Asegurado, sin que en ningún caso la retirada del mismo condicione la ejecución del contrato de prestación de servicios.

- La **base legal** para el tratamiento de los datos para la finalidad (k) es la **satisfacción del interés legítimo** perseguido por Sanitas para ser capaz de anticiparse a las necesidades del Tomador/Asegurado y poder ofrecer los productos y servicios que mejor se adaptan a éste.

- La **base legal** para el tratamiento de los datos para la finalidad (m) es la **necesidad del tratamiento para fines de investigación científica o estadística**.

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 del Tomador/Asegurado".

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, como que Sanitas facilite 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.

8.5 Tiempo de conservación de los Datos Personales

Sanitas **conservará** los Datos Personales del Tomador y/o Asegurado por el tiempo que dure la relación contractual entre Sanitas y el Tomador y/o Asegurado y, en todo caso, durante el periodo que resulte necesario para la formulación, el ejercicio o la defensa de potenciales reclamaciones, para cumplir con obligaciones de conservación de documentación clínica y/o siempre que lo permitiese la legislación aplicable. Una vez finalizado el mencionado plazo, Sanitas se compromete a cesar el tratamiento de todos los datos personales, así como a bloquearlos debidamente. No obstante, los datos personales podrán conservarse cuando resultase necesario durante períodos más largos siempre que se traten exclusivamente con fines de asistencia sanitaria, fines médicos, de investigación científica y/o estadística.

8.6 Acceso a los Datos Personales

Una óptima prestación del servicio que Sanitas ofrece puede requerir que otros **terceros prestadores de servicios** de Sanitas accedan a los Datos Personales del Tomador/Asegurado como encargados del tratamiento. El Tomador/Asegurado entiende que algunos de dichos prestadores de servicios se encuentran **en países situados fuera del Espacio Económico Europeo o que no ofrecen un nivel de seguridad equivalente al español**. Dichas transferencias internacionales se realizan al amparo de la autorización de la Directora de la Agencia Española de Protección de Datos y/o están cubiertas por cláusulas contractuales tipo cumpliendo con las medidas de seguridad adecuadas. Puede consultar las transferencias internacionales en el siguiente link www.sanitas.es/RGPD (Sanitas Seguros). Para obtener una copia de dicha documentación, puede ponerse en contacto con Sanitas por los medios establecidos en el apartado **“Derechos del Tomador/Asegurado”**.

Además de los accesos que terceros proveedores puedan tener a los Datos Personales responsabilidad de Sanitas en calidad de encargados de tratamiento, nacionales o internacionales, en el marco de la prestación de un servicio, Sanitas **realizará cesiones** de Datos Personales a otras entidades, tal y como se ha especificado en el apartado “Finalidad del tratamiento de sus Datos Personales”.

Además de lo anterior, el Tomador/Asegurado entiende que Sanitas podrá realizar cesiones o comunicaciones de Datos Personales para atender sus obligaciones con las Administraciones Públicas 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 Tomador/Asegurado entiende que Sanitas puede solicitar, requerir y compartir sus Datos Personales y de salud a los profesionales o centros sanitarios, hospitales y, por otro lado, con entidades con las que se mantenga relación de co/reaseguro o colaboración, y por tanto entiende que será necesario que se faciliten recíprocamente sus Datos Personales, para la gestión del reaseguro, coaseguro, gestión de los programas integrales asistenciales, el mejor conocimiento y valoración de los riesgos a cubrir, para prevención del fraude, determinación de la asistencia sanitaria, abono a los prestadores sanitarios o reintegro al Asegurado de los gastos de asistencia sanitaria y para la atención de las reclamaciones presentadas por los propios Asegurados.

8.7 Derechos del Tomador/Asegurado

Sanitas informa al Tomador/Asegurado sobre la posibilidad que le asiste de ejercitar los derechos de **acceso, rectificación, oposición, supresión, portabilidad y limitación del tratamiento** así como a rechazar el tratamiento automatizado de los Datos Personales recogidos por Sanitas.

Dichos derechos podrán ser ejercitados gratuitamente por el Tomador/Asegurado, y en su caso por quien lo represente, 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 de Mi Sanitas a <http://www.sanitas.es/misanitas/online/cliente/s/contacto/index.html>. En el caso de representación, deberá probarse la misma mediante documento escrito y acompañando copia del DNI o documento equivalente que acredite su identidad del representado u otra documentación acreditativa que se indique en www.sanitas.es/RGPD (Sanitas Seguros).

Además de los anteriores derechos, el 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. Sanitas podrá continuar tratando los Datos Personales del Tomador/Asegurado en la medida en que la ley aplicable lo permita.

Sanitas recuerda al Tomador/Asegurado que tiene derecho a **presentar una reclamación ante la autoridad de control** pertinente.

El Tomador/Asegurado podrá ponerse en contacto con el **Delegado de Protección de Datos** (en adelante, "DPO") del Grupo Sanitas a través del correo electrónico "dpo@sanitas.es" o en la dirección postal en Calle Ribera del Loira 52, 28042 Madrid, España para cualquier duda o necesidad que tuviere en materia de protección de datos.

8.8 Baja en el servicio del envío de comunicaciones comerciales

Tal y como se ha mencionado en el apartado anterior, el 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 Tomador/Asegurado podrá o bien revocar su consentimiento en la forma descrita en el apartado anterior o bien

pinchar en el enlace incluido en cada comunicación comercial cancelando por tanto, el envío de comunicaciones comerciales electrónicas.

8.9 Menores de edad

Con carácter general, Sanitas solamente tratará 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 Sanitas.

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

8.10 Modificación de la Política de Privacidad

Sanitas podrá modificar su 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 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 Tomador/Asegurado pueda otorgar su consentimiento.

9. Otros

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

El Tomador del Seguro y/o el Asegurado podrá solicitar SANITAS copia o transcripción

escrita del contenido de las conversaciones grabadas entre ambos.

10. Jurisdicción

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

Hecho por duplicado en Madrid a 19 de octubre de 2019
Por el Asegurado / Tomador del seguro Por SANITAS



Iñaki Peralta
Sanitas, S.A. de Seguros