

# CONTENIDOS

<b>CLÁUSULA PRELIMINAR</b> .....	2
<b>DEFINICIONES</b> .....	2
<b>I OBJETO DEL SEGURO</b> .....	5
<b>II RIESGOS EXCLUIDOS</b> .....	8
<b>III BASES DEL CONTRATO</b> .....	10
<b>IV FRANQUICIA</b> .....	10
<b>V PLAZO DE CARENCIA</b> .....	11
<b>VI TRAMITACIÓN EN CASO DE SINIESTRO</b> .....	12
<b>VII REEMBOLSO DE GASTOS</b> .....	14
<b>VIII DURACIÓN DEL SEGURO</b> .....	15
<b>IX PRIMAS DEL SEGURO</b> .....	15
<b>X OTRAS OBLIGACIONES Y DEBERES DEL TOMADOR O ASEGURADO</b> .....	16
<b>XI DERECHOS DEL TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO</b> .....	17
<b>XII OTRAS OBLIGACIONES DEL ASEGURADOR</b> .....	18
<b>XIII CONTROVERSIAS</b> .....	18
<b>XIV DUPLICADO DE PÓLIZA</b> .....	18
<b>XV SUBROGACIÓN</b> .....	19
<b>XVI PRESCRIPCIÓN</b> .....	19
<b>XVII COMUNICACIONES</b> .....	19
<b>XVIII CONTROL E INSTANCIAS DE RECLAMACIÓN</b> .....	19
<b>XIX OTROS</b> .....	20
<b>XX JURISDICCIÓN</b> .....	20

**Sociedad Anónima de Seguros  
C.I.F. A-28037042**

Registrada en la Dirección General de Planificación y Coordinación del Ministerio de Sanidad y Consumo con el número 36 y convalidada en 18 de octubre de 1958. Inscrita el 10 de febrero de 1958 en el Registro de la Dirección General de Seguros con el número C-320.

Entidad domiciliada en España e inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, hoja 4.530, folio 43, tomo 1.241, libro 721, secc. 3º, Insc. 1º.

**Capital Social y desembolsado:  
17.330.836,32 €**

Ramos en que opera:  
ENFERMEDAD (ASISTENCIA SANITARIA) Y ACCIDENTES  
SEGURO DE ENFERMEDAD

**Teléfonos:** **Domicilio Social: Ribera del Loira, 52. 28042 Madrid**  
**Atención al cliente / Autorización telefónica de servicios..... 902 10 24 00**  
**Urgencias 24 horas ..... 902 10 36 00**  
**Fax:..... 91 585 87 00**  
**Página web..... www.isanitas.com**

\*1€ = 166,386 pta.

# CLÁUSULA PRELIMINAR

---

El presente contrato se rige por lo dispuesto en la ley 50/1980, de 8 de octubre de Contrato de Seguro, por el Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de Seguros Privados, y su Reglamento de desarrollo (Real Decreto nº 2486/98 de 20 de noviembre) y por lo convenido en las presentes Condiciones Generales y en las Particulares, sin que tengan validez las cláusulas limitativas de los derechos de los Asegurados que no sean específicamente aceptadas por los mismos por escrito. No requerirán dicha aceptación las meras transcripciones o referencias a preceptos legales o reglamentarios imperativos.

## DEFINICIONES

---

A los efectos de este contrato se entiende por:

### **ACCIDENTE**

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

### **ASEGURADO**

La persona o personas naturales, designadas en las Condiciones Particulares, sobre las cuales se establece el seguro.

### **ASEGURADOR O ENTIDAD ASEGURADORA**

"SANITAS, SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS", persona jurídica que asume el riesgo contractualmente pactado.

### **ATENCIÓN ESPECIAL EN DOMICILIO**

Asistencia del médico generalista o de familia y de ATS o DUE al Asegurado en el domicilio que figura en la Póliza, cuando la patología del enfermo requiera cuidados especiales sin llegar a precisar ingreso hospitalario y siempre previa prescripción del médico. No incluye los gastos generados por asistencia de tipo social, hostelería, lencería, alimentación, medicación, monitorización, material sanitario y cuidados no específicos del médico general, ATS o DUE, ni la permanencia continuada de los profesionales sanitarios en el domicilio del Asegurado.

### **BENEFICIARIO**

Tendrá esta condición el Asegurado que ha de recibir la prestación del Asegurador, en caso de producirse el siniestro.

### **CONSULTA**

Relación asistencial entre paciente y facultativo, en el mismo espacio y tiempo, siendo necesaria la presencia física de ambos.

### **DUE/ENFERMERO/ATS**

Diplomado en Enfermería, legalmente capacitado y autorizado para prestar la atención de enfermería en enfermedad o lesión que origine algunas de las garantías contenidas en la Póliza.

### **ENFERMEDAD**

Toda alteración del estado de salud de un individuo que sufre la acción de una patología que no sea consecuencia de accidente, cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por un médico u odontólogo legalmente reconocido, y que haga precisa la asistencia facultativa.

### **ENFERMEDAD CONGÉNITA**

Es aquella que existe en el momento del nacimiento, como consecuencia de factores hereditarios o afecciones adquiridas durante la gestación hasta el mismo momento del nacimiento, o bien sea descubierta más tarde, en cualquier periodo de la vida del individuo.

### **ENFERMEDAD PREEXISTENTE**

Es la padecida por el Asegurado con anterioridad a la fecha de contratación del seguro o de alta en la Póliza.

### **FRANQUICIA**

Porcentaje de los gastos médicos y/u hospitalarios incluidos en la cobertura del seguro que, conforme a lo establecido en las correspondientes garantías, corre a cargo del propio Tomador del Seguro o del Asegurado y que no son objeto de reembolso por el Asegurador.

### **HABITACIÓN CONVENCIONAL**

Habitación de una sola estancia o habitáculo, dotada de instalaciones sanitarias de vacío y oxígeno. 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 corporales, provisto de los medios para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas. Dicho establecimiento debe estar atendido por un médico las 24 horas del día.

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

### **HOSPITALIZACIÓN**

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

### **HOSPITALIZACIÓN DE DÍA**

Supone la ocupación por una persona registrada como paciente de una cama de hospitalización en aquellas unidades del hospital así denominado específicamente, tanto médicas como quirúrgicas o psiquiátricas, para recibir un tratamiento concreto o por haber estado bajo la acción de una anestesia y por un periodo inferior a 24 horas.

### **INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA**

Toda operación con fines diagnósticos o terapéuticos, realizada mediante incisión u otra vía de abordaje interno, efectuada por un cirujano en un centro autorizado (hospitalario o extrahospitalario) y que requiere normalmente la utilización de una sala de operaciones.

### **LESIÓN**

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

### **MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS**

Piezas o elementos metálicos o de cualquier otra naturaleza empleados para la unión de los extremos de un hueso fracturado, o para soldar extremos articulares.

### **MATERIAL ORTOPÉDICO**

Piezas anatómicas o elementos de cualquier naturaleza utilizados para prevenir o corregir las deformidades del cuerpo.

## **MÉDICO**

Doctor o licenciado en medicina legalmente capacitado y autorizado para tratar médica o quirúrgicamente la enfermedad o lesión que origine algunas de las garantías contenidas en la Póliza.

## **ODONTÓLOGO**

Facultativo cuya titulación le capacita para realizar el conjunto de actividades de prevención, diagnóstico y tratamiento relativas a las anomalías y enfermedades de los dientes, de la boca, de los maxilares y de sus tejidos anejos, tanto sobre individuos aislados como de forma comunitaria.

## **PARTO**

Se entiende por parto normal a término aquél que se produce entre la 37 y la 42 semana desde la fecha de la última menstruación. Parto pretérmino o prematuro es aquél que se produce entre la 28 y la 36 semana de gestación.

## **PLAZO DE CARENCIA**

Período de tiempo (computado por meses transcurridos a partir de la fecha de efecto del seguro) durante el cual no entran en vigor algunas de las coberturas incluidas dentro de las garantías de la Póliza.

## **PLAZO DE DISPUTABILIDAD**

Periodo de tiempo durante el que el Asegurador puede negar sus prestaciones o impugnar el contrato alegando la existencia de enfermedades anteriores del Asegurado y no declaradas por él. Transcurrido este plazo, el Asegurador sólo tendrá esa facultad en el caso de que el Tomador y/o el Asegurado hayan actuado dolosamente.

## **PÓLIZA**

Documento escrito que contiene las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte integrante de la Póliza: la solicitud de seguro, el cuestionario de salud, las condiciones generales, las particulares, las especiales y los suplementos o apéndices que se añadan a la misma, para completarla o modificarla.

## **PRESTACIÓN**

Es la asistencia sanitaria que se deriva de la presentación de un siniestro. Se entiende por asistencia el acto de atender o cuidar la salud de una persona.

## **PRIMA**

Es el precio del seguro, es decir, la cantidad que el Tomador del Seguro o Asegurado debe abonar al Asegurador. El recibo contendrá, además, los recargos, tasas e impuestos que sean de legal aplicación.

## **PRÓTESIS**

Todo elemento de cualquier naturaleza, que reemplaza temporal o permanentemente la ausencia de un órgano, tejido, fluido orgánico, miembro o parte de alguno de éstos. A título de ejemplo, tienen esa consideración los elementos mecánicos o biológicos tales como recambios valvulares cardiacos, sustituciones articulares, piel sintética, lentes intraoculares, los materiales biológicos (córnea), los fluidos, geles y líquidos sintéticos o semisintéticos sustitutivos de humores o líquidos orgánicos, reservorios de medicamentos, sistemas de oxigenoterapia ambulantes, etc.

## **PSICOLOGÍA**

Ciencia que implica la aplicación práctica del conocimiento, habilidades y técnicas para el diagnóstico, prevención o solución de problemas individuales o sociales, especialmente en cuanto a la interacción entre el individuo y el entorno físico y social.

## **PUERICULTOR**

Médico generalista al que se le confiere el cuidado del niño sano, tanto en los aspectos físicos como mentales de su desarrollo.

## **RECIÉN NACIDO**

Es la etapa diferenciada de la vida que se extiende durante cuatro semanas a partir del nacimiento.

## **SANITAS 24 HORAS**

Atención informativa por un equipo médico, que asesorará al Asegurado sobre sus preguntas médicas las 24 horas del día, los 365 días del año. La información facilitada por este medio es orientativa y no puede sustituir a un servicio de atención médica directa.

## **SERVICIOS A DOMICILIO**

Visita en el domicilio que figura en la Póliza y a solicitud del Asegurado por parte de médico de cabecera (médico generalista), pediatra/puericultor, ATS o DUE, en aquellos casos en que el Asegurado se encuentre, por razón de su enfermedad, incapacitado de trasladarse al consultorio del médico, ATS o DUE.

## **SERVICIOS DE URGENCIA A DOMICILIO**

Asistencia en el domicilio que figura en la póliza en casos de urgencia, prestada por médico generalista y/o ATS.

## **SINIESTRO**

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

## **SUMA ASEGURADA**

Es el límite máximo anual fijado en cada garantía a pagar por el Asegurador. El importe de las sumas aseguradas para cada garantía figurará expresamente en las Condiciones Particulares de la Póliza. No obstante, para algunas de las garantías se establecen en la Póliza límites parciales menores, dentro de la suma asegurada global.

## **TOMADOR DEL SEGURO**

Es la persona, física o jurídica que, junto con el Asegurador, suscribe este contrato, y a la que corresponden las obligaciones que del mismo se derivan, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado.

## **URGENCIA**

Es aquella situación que requiere atención médica inmediata, dado que un retraso en la misma puede derivar en un compromiso vital o daño irreparable en la integridad física del paciente.

# **I. OBJETO DEL SEGURO**

---

Por el presente contrato, el Asegurador asume, en los términos y con los límites que se expresan en las presentes Condiciones Generales, en las Particulares y, en su caso, en las Especiales y Suplementos de Póliza que se emitan, el reembolso de una parte ( en caso de utilizar la fórmula de reembolso) o, en su caso, la totalidad de los gastos ( en caso de utilizar el cuadro médico concertado), razonables y usuales, realmente incurridos por el Asegurado, derivados de la asistencia médico-quirúrgica y/u hospitalaria que le sea prestada a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto por la presente Póliza, a través de las siguientes GARANTÍAS:

### **GARANTÍA A: ASISTENCIA HOSPITALARIA**

Comprende el reembolso parcial ( en caso de utilizar la fórmula de reembolso) o, en su caso, la asunción total ( en caso de utilizar el cuadro médico concertado) por parte del Asegurador de los gastos correspondientes exclusivamente a la asistencia médica y/o quirúrgica prestada al Asegurado como consecuencia del internamiento del mismo como paciente en un hospital.

Quedan incluidos dentro de esta garantía los gastos originados por intervención quirúrgica, siempre que éstas sean prescritas y realizadas por un médico (honorarios de cirujano y sus ayudantes, anestesista, utilización de quirófano, material y medi-

camentos), estancias en U.V.I. o U.C.I., así como los gastos de hospitalización que incluyan manutención y habitación convencional con cama de acompañante.

Para tener derecho al reembolso parcial ( en caso de utilizar la fórmula de reembolso) o, en su caso, a la asunción total ( en caso de utilizar el cuadro médico concertado) por parte del Asegurador, de los gastos citados en los dos párrafos anteriores, a efectos de la presente Póliza, será necesario que dicho internamiento haya sido prescrito por un médico.

Asimismo, serán objeto de reembolso parcial ( en caso de utilizar la fórmula de reembolso) o, en su caso, de asunción total (en caso de utilizar el cuadro médico concertado) por parte del Asegurador, los gastos relativos a la asistencia médica y/o quirúrgica en régimen hospitalario debida a parto, que incluye los siguientes gastos: habitación convencional con cama de acompañante y manutención de la parturienta, curas y su material, así como los derechos de paritorio y medicamentos que la parturienta consume durante su estancia en el hospital, los honorarios de tocólogo, anestesista y matrona.

#### **GARANTÍA B: ASISTENCIA EXTRAHOSPITALARIA**

Comprende el reembolso parcial ( en caso de utilizar la fórmula de reembolso) o, en su caso, la asunción total ( en caso de utilizar el cuadro médico concertado) por parte del Asegurador de los gastos correspondientes a consultas médicas y servicios de urgencia a domicilio. Igualmente comprende el reembolso parcial ( en caso de utilizar la fórmula de reembolso) o, en su caso, la asunción total ( en caso de utilizar el cuadro médico concertado) por parte del Asegurador de los gastos correspondientes a pruebas diagnósticas, métodos terapéuticos y cirugía de día o ambulatoria que le sean practicados al Asegurado por prescripción de un médico.

Comprende, asimismo, el reembolso parcial (en caso de utilizar la fórmula de reembolso) o, en su caso, la asunción total (en caso de utilizar el cuadro médico concertado) por parte del Asegurador de los gastos originados por consultas odontológicas y extracciones, curas estomatológicas derivadas de estas extracciones y limpieza de boca prescritas por un facultativo.

Queda incluido el servicio de ambulancia por vía terrestre, para el traslado del Asegurado a un hospital o desde éste a su domicilio por prescripción de un médico. En caso de servicios recomendados por el Asegurador, este servicio se prestará cuando los recursos asistenciales concertados no sean suficientes para atender al Asegurado en el lugar donde se halle o éste solicite ir a su provincia de residencia. En caso de reembolso, además el servicio se prestará de conformidad con los límites económicos establecidos en las Condiciones Particulares de la póliza.

Esta prestación no incluye los traslados requeridos para tratamientos de rehabilitación, realización de pruebas diagnósticas ni asistencia a consultas médicas en régimen ambulatorio. Queda también incluida la atención especial en domicilio prescrita por un médico, exclusivamente a través de los servicios médicos recomendados por el Asegurador.

Asimismo, queda incluido el servicio de podología (quiropodia) con el límite máximo de sesiones fijado en las Condiciones Particulares de la Póliza.

#### **GARANTÍA C: PRÓTESIS**

Comprende exclusivamente el reembolso parcial (en caso de utilizar la fórmula de reembolso) o en su caso la asunción total (en caso de utilizar el cuadro médico concertado) por parte del Asegurador del importe de las siguientes prótesis internas de Traumatología y de Cirugía Ortopédica: prótesis articulares, tornillos y placas de fijación interna. Comprende asimismo, las siguientes prótesis vasculares y cardiacas: válvulas cardiacas, by-pass vasculares, stent, marcapasos temporales y definitivos y prótesis mamarias post mastectomía de origen neoplásico. Incluye también los reservorios implantables de acceso venoso utilizados en Oncología y los reservorios para medicación para el tratamiento del dolor. Queda excluido cualquier tipo de material ortopédico, los fijadores externos, materiales biológicos o sintéticos, injertos (excepto los injertos óseos) desfibrilador automático implantable y el corazón artificial. En cualquier caso, estas prótesis deberán ser prescritas siempre por un médico.

#### **GARANTÍA D: PSIQUIATRÍA**

Comprende el reembolso parcial (en caso de utilizar la fórmula de reembolso) o, en su caso, la asunción total (en caso de utilizar el cuadro médico concertado) por parte del Asegurador de los gastos correspondientes a la asistencia médica y/u hospitalaria de las enfermedades mentales bajo prescripción facultativa. En el caso de servicios recomendados por parte del Asegurador, existirá un límite máximo de hospitalización de 50 días por persona y año.

### **GARANTÍA E: RECIÉN NACIDOS**

Comprende el reembolso parcial ( en caso de utilizar la fórmula de reembolso) o, en su caso, la asunción total ( en caso de utilizar el cuadro médico concertado) por parte del Asegurador de los gastos correspondientes a la asistencia médica y/u hospitalaria que precise el recién nacido desde el momento de su nacimiento, siempre y cuando haya sido dado de alta en la Entidad.

En caso de utilizar la modalidad de reembolso y si los gastos citados en el párrafo anterior fueran como consecuencia de enfermedades de carácter congénito, el reembolso se otorgará únicamente durante el primer año de vida del recién nacido y con el límite máximo económico fijado en las Condiciones Particulares de la Póliza. Dicho límite se entenderá como suma asegurada de la cobertura de la Póliza del recién nacido.

Además, para tener derecho a esta garantía es necesario que el alta de la madre en la Póliza haya tomado efecto con al menos 300 días de antelación al parto, así como que el recién nacido haya sido dado de alta en la Entidad.

### **GARANTIA F: REHABILITACIÓN**

Comprende, asimismo, el reembolso parcial ( en caso de utilizar la fórmula de reembolso) o, en su caso, la asunción total ( en caso de utilizar el cuadro médico concertado) por parte del Asegurador de los gastos correspondientes exclusivamente, sin perjuicio de lo indicado en el párrafo siguiente, a la rehabilitación prestada para las afecciones del aparato locomotor, con carácter ambulatorio en los centros designados por la Entidad. En régimen hospitalario, queda cubierta la rehabilitación postquirúrgica, para recuperación del Aparato Locomotor secundaria a una Cirugía Ortopédica y la rehabilitación cardiaca para recuperación postcirugías con circulación extracorpórea.

### **GARANTÍA G: URGENCIAS**

Comprende la asistencia sanitaria en casos de urgencia que se prestará en los centros de urgencia permanentes que indique la Guía Orientadora de Médicos y Servicios. En caso justificado, se facilitará el servicio a domicilio por los servicios permanentes de guardia, únicamente en aquellas poblaciones en las que el Asegurador tenga concertada la prestación de dicho servicio.

### **GARANTÍA H: SEGUNDA OPINIÓN**

Comprende una segunda opinión sobre el diagnóstico o tratamiento médico en el caso de enfermedades graves, de carácter crónico, que necesiten una atención programada, cuyo curso requiera medidas excepcionales diagnósticas o terapéuticas y/o su pronóstico vital esté gravemente comprometido. Esta segunda opinión será emitida por especialistas, centros asistenciales, médicos o académicos de primer nivel, en cualquier país del mundo.

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

### **GARANTÍA I: SANITAS 24 HORAS**

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

### **GARANTÍA J: PSICOLOGÍA**

Se incluye la atención psicológica de carácter individual y temporal, prescrita exclusivamente por un psiquiatra y cuya finalidad sea el tratamiento de patologías susceptibles de intervención psicológica. Asimismo se incluye el diagnóstico psicológico simple y los tests psicométricos, con la salvedad de que los formularios serán por cuenta del asegurado. Se excluyen el psicoanálisis, la terapia psicoanalítica, la hipnosis, la narcolepsia y los servicios de rehabilitación psicosocial o neuropsiquiátrica.

El servicio deberá ser autorizado por el Asegurador previamente a su realización, bien por teléfono o en las oficinas de Sanitas. Esta autorización garantizará que se preste el servicio a través del cuadro médico perteneciente a la Compañía hasta un máximo de 4 consultas al mes y con un límite anual de 15 consultas.

## II. RIESGOS EXCLUIDOS

---

Quedan excluidos del objeto de este seguro tanto el reembolso como la asunción total por parte del Asegurador de gastos médicos y/u hospitalarios correspondientes a:

A. Toda clase de enfermedades, defectos o deformaciones preexistentes y/o congénitas,- excepto lo establecido respecto de estas últimas en el apartado E de la cláusula primera-, a consecuencia de accidentes o enfermedades ocurridos con anterioridad a la fecha de inclusión de cada Asegurado en la Póliza; así como los que puedan derivarse de aquellos.

El Tomador del Seguro, en su nombre y en nombre de los beneficiarios y/o cada uno de estos, está obligado a manifestar en el momento de suscribir la propuesta/solicitud de seguro, si padecen o han padecido cualquier tipo lesiones o enfermedades, especialmente aquéllas de carácter recurrente, congénitas, o que precisen o hubieran precisado estudios, pruebas diagnósticas o tratamientos de cualquier índole; o en el momento de la suscripción padecieran síntomas o signos que pudieran considerarse como el inicio de alguna patología.

Manifestándose de esta forma, la afección se considerará como preexistente y/o congénita y, en consecuencia, excluida de las coberturas pactadas en el contrato de seguro. Si hubiera enfermedades preexistentes y/o congénitas, la Entidad se reserva el derecho de aceptar o rechazar la incorporación del solicitante o solicitantes, y en caso de aceptarlo(s), se incluirá la correspondiente cláusula de exclusión a las Condiciones Particulares de la Póliza en lo que se refiere a la prestación de servicios por enfermedades, defectos o deformaciones preexistentes y/o congénitas, presentes con anterioridad a la fecha de inclusión de cada Asegurado en la Póliza, así como los que puedan derivarse de aquellos.

B. La asistencia sanitaria por enfermedades o lesiones producidas como consecuencia de guerras civiles, internacionales o coloniales, invasiones, insurrecciones, rebeliones, actos de carácter terrorista en cualquiera de sus formas (química, biológica, nuclear, etc.), revoluciones, motines, alzamientos, represiones y maniobras militares, aún en tiempo de paz, y epidemias declaradas oficialmente.

C. Enfermedades o accidentes que guarden relación directa o indirecta con radiación nuclear o contaminación radiactiva, así como los que provengan de cataclismos como terremotos, inundaciones, erupciones volcánicas y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos, salvo el rayo.

D. La asistencia sanitaria que exija el tratamiento por enfermedades o accidentes laborales, profesionales y en competiciones deportivas, la derivada de la utilización de vehículos a motor cubierta por el Seguro del Automóvil de Suscripción Obligatoria, así como los gastos derivados de la asistencia sanitaria prestada en centros de la Seguridad Social o centros integrados en el Sistema Nacional de Salud que no estén concertados con el Asegurador.

E. La asistencia sanitaria derivada de alcoholismo crónico, drogadicción, intoxicaciones debidas al abuso del alcohol, de psicofármacos, estupefacientes o alucinógenos, intento de suicidio y autolesiones, así como la asistencia sanitaria por enfermedades o accidentes sufridos por dolo del Asegurado. No obstante, se prestará la asistencia de urgencia.

F. Los productos farmacéuticos fuera del régimen de hospitalización –salvo la quimioterapia administrada en centros concertados– así como vacunas de todo tipo y productos de parafarmacia.

G. Tratamientos, inclusive la cirugía, encaminados a solventar la esterilidad o infertilidad en ambos sexos (fecundación “in vitro”, inseminación artificial, etc.) y la interrupción voluntaria del embarazo, así como las pruebas diagnósticas relacionadas con dicha interrupción. Está excluido el estudio, diagnóstico y tratamiento (inclusive la cirugía) de la impotencia y de la disfunción erectil.

- H. Los trasplantes de órganos, tejidos, células o componentes celulares, excepto el trasplante autólogo de médula ósea o de células progenitoras de sangre periférica por tumores de estirpe hematológica y el trasplante de córnea. En este último caso, la Aseguradora no se hace cargo de la córnea a trasplantar.**
- I. La asistencia sanitaria por enfermedades o lesiones producidas practicando como aficionado, boxeo, rugby, toreo, en pruebas de velocidad o resistencia con vehículos a motor, incluso entrenamientos, bobsleigh, deportes aéreos en general (paracaidismo, ascensiones en globo, ala-delta, ultraligeros, planeadores y similares), esgrima, así como la práctica de deportes realizada profesionalmente y el esquí de competición, salvo pacto en contrario.**
- J. La asistencia sanitaria por el SIDA y/o las enfermedades causadas por el virus de inmunodeficiencia adquirida (V.I.H.) y las asociadas a éste.**
- K. Las intervenciones, infiltraciones y tratamientos, así como cualquier otra actuación que tenga un carácter puramente estético o cosmético. Asimismo están excluidos los tratamientos capilares con finalidad estética.**
- L. Todo lo relativo a la terapia educativa, tal como la educación del lenguaje en procesos congénitos o la educación especial para enfermos con afección psíquica.**
- M. Las endodoncias, empastes y obturaciones, colocación de prótesis dentales, ortodoncias, periodoncias e implantes, así como otros tratamientos odontológicos distintos a los contemplados en la Garantía B de la Cláusula PRIMERA.**
- N. Las prótesis de cualquier clase o naturaleza, salvo las prótesis relacionadas en la Garantía C de la Cláusula PRIMERA y con el límite máximo por asegurado y año indicado en las Condiciones Particulares. Queda excluido cualquier tipo de material ortopédico, materiales biológicos o sintéticos, injertos y el corazón artificial.**
- O. Tratamientos crónicos de diálisis y hemodiálisis.**
- P. La cirugía refractiva de cualquier tipo para miopía, hipermetropía y astigmatismo. Las técnicas quirúrgicas o procedimientos terapéuticos que usan el láser, salvo la cirugía oftálmica intraocular, las técnicas que usan el láser quirúrgico en hemorroides, cirugía vascular periférica y los dispositivos empleados en rehabilitación músculo-esquelética.**
- Q. Los productos farmacéuticos específicamente citostáticos, salvo los que se expidan en el mercado farmacéutico y estén debidamente autorizados por las autoridades sanitarias competentes correspondientes, en las indicaciones que figuran en la Ficha Técnica del producto.**
- R. Quedan expresamente excluidos todos aquellos procedimientos diagnósticos y terapéuticos cuya seguridad y eficacia clínicas no estén debidamente contrastadas científicamente o hayan quedado manifiestamente superadas por otras disponibles. Igualmente, quedan excluidos aquellos procedimientos, de carácter experimental o que no tengan suficientemente probada su contribución eficaz a la prevención, tratamiento o curación de las enfermedades, conservación o mejora de la esperanza de vida, autovalimiento y eliminación o disminución del dolor y el sufrimiento y los que consisten en meras actividades de ocio, descanso, confort o deporte. Los tratamientos en balnearios y curas de reposo.**
- S. Queda excluida la homeopatía salvo que se establezca su cobertura por las condiciones particulares de la póliza.**
- T. Las determinaciones del mapa genético, que tienen como finalidad conocer la predisposición del Asegurado o de su descendencia presente o futura a padecer ciertas enfermedades relacionadas con alteraciones genéticas.**

**U. 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.**

**V. Cirugía de cambio de sexo**

**W. Los gastos por viaje y desplazamientos.**

## III. BASES DEL CONTRATO

---

1. El presente contrato ha sido concertado sobre las bases de las declaraciones efectuadas por el Tomador del Seguro y el Asegurado en el Cuestionario-Solicitud del Seguro, sobre estado de salud, profesión habitual y prácticas de deportes del Asegurado. Dichas declaraciones constituyen la base para la aceptación del riesgo del presente contrato y forman parte integrante del mismo.
2. Si el Tomador del Seguro o Asegurado ha omitido dolosamente cualquier circunstancia por él conocida que pueda influir en la valoración del riesgo, el Asegurador podrá rescindir el contrato durante los treinta días siguientes a la fecha en que haya tenido conocimiento de dicha omisión.
3. La Póliza será indisputable transcurrido un (1) año desde la fecha de efecto del presente contrato, salvo que el Tomador del Seguro o el Asegurado hayan actuado dolosamente.
4. En el supuesto de indicación inexacta de la fecha de nacimiento del Asegurado, el Asegurador sólo podrá impugnar el contrato si la verdadera edad del Asegurado, en el momento de la entrada en vigor del contrato, excede de los límites de admisión establecidos por aquél.

En otro caso, si como consecuencia de una declaración inexacta de la edad la prima pagada es inferior a la que correspondería pagar, el Asegurado vendrá obligado a abonar al Asegurador la diferencia existente entre las cantidades efectivamente satisfechas a éste en concepto de primas y las que realmente le hubiese correspondido pagar según su verdadera edad.

Si por el contrario la prima pagada es superior a la que debería haberse abonado, el Asegurador estará obligado a res- tituir el exceso de las primas percibidas sin intereses.

5. **Derecho de rescisión:** Cuando el contrato de seguro se celebre utilizando una técnica de contratación a distancia, el Tomador podrá resolverlo unilateralmente, sin penalización, si no ha acaecido el siniestro objeto de cobertura, en los 14 días siguientes a la firma de la póliza o a la recepción por el Tomador de las condiciones contractuales y la información previa obligatoria, si esta recepción es posterior a la firma de la póliza.

Este derecho solo corresponde a los Tomadores personas físicas que actúen con un propósito ajeno a una actividad comercial o profesional propia.

Para ejercitar este derecho, el Tomador remitirá una comunicación dirigida al Asegurador, utilizando cualquier soporte duradero y accesible al Asegurador. El Tomador podrá remitir esta comunicación utilizando medios electrónicos, siempre que disponga de los dispositivos que garanticen la integridad, autenticidad y no alteración de la comunicación, y permitan constatar la fecha de envío y recepción de la misma.

## IV. FRANQUICIA

---

- A. Con carácter general, el Asegurador reembolsará únicamente el porcentaje indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza, del importe de los gastos médicos y/u hospitalarios en los que incurra realmente el Asegurado como consecuencia de la asistencia médica y/u hospitalaria contemplada en las Garantías "A", "B", "C", "D", "E", "F" y "G", ante-

riormente descritas por los riesgos cubiertos y no excluidos, conforme a lo establecido en la Cláusula Primera, siendo la diferencia porcentual restante a cargo del propio Asegurado.

- B.** No obstante, en el caso de que el Asegurado utilice los servicios asistenciales médicos y/u hospitalarios en España recomendados por el Asegurador, el Tomador del Seguro o Asegurado no tendrán que hacer efectivo el pago por dichos servicios, corriendo la totalidad de los gastos médicos y/u hospitalarios por cuenta y a cargo del Asegurador, quien efectuará directamente el pago por dichos servicios. Para ello, el Asegurado no desembolsará cantidad alguna y deberá presentar su tarjeta-Sanitas. Igualmente, vendrá obligado a exhibir el último recibo de prima satisfecha y su Documento Nacional de Identidad o Tarjeta de Residencia, si así le fuesen requeridos.
- C.** Asimismo, en el caso de que el Asegurado utilice los servicios asistenciales médicos y/u hospitalarios en el Extranjero recomendados por el Asegurador, con su autorización previa, el Tomador del Seguro o Asegurado no tendrá que hacer efectivo el pago por dichos servicios, corriendo la totalidad de los gastos médicos y/u hospitalarios por cuenta y a cargo del Asegurador, quien efectuará directamente el pago por dichos servicios. Para ello, el Asegurado no desembolsará cantidad alguna y será necesaria la autorización previa y tramitación por parte del Asegurador.

## **V. PLAZO DE CARENCIA**

---

Todas las garantías del presente contrato entrarán en vigor una vez haya tomado efecto el mismo. No obstante, se exceptúa del anterior principio general la asistencia médica, quirúrgica y/u hospitalaria en los supuestos que a continuación se detallan, respecto de los cuales será necesario que hayan transcurrido los respectivos plazos de carencia que igualmente se especifican seguidamente:

### **A) Modalidad Reembolso**

#### **GARANTÍA A: ASISTENCIA HOSPITALARIA:**

- 1. 90 días para las intervenciones quirúrgicas y hospitalizaciones.**
- 2. 300 días para la cobertura de cualquier prestación relacionada con el embarazo y parto.**

#### **GARANTÍA B: ASISTENCIA EXTRAHOSPITALARIA:**

- 1. 150 días para los servicios de radioterapia, quimioterapia, cobaltoterapia, isótopos radiactivos, acelerador lineal, scanner, resonancia magnética, medicina nuclear, densitometría ósea, litotricia, arteriografía digital, radioneurocirugía e hipertermia prostática.**
- 2. 90 días para los servicios de fisioterapia, rehabilitación, láser, logofoniatría, anatomía patológica.**

#### **GARANTIA D: PSIQUIATRÍA:**

- 1. 90 días para casos de hospitalización.**

### **B) Modalidad Cuadro Médico Concertado**

#### **GARANTÍA A: ASISTENCIA HOSPITALARIA**

- 1. 90 días para la ligadura de trompas y la vasectomía.**
- 2. 300 días para la cobertura de cualquier prestación relacionada con el embarazo y parto.**

#### **GARANTÍA J: PSICOLOGÍA**

- 1. 180 días para el tratamiento de psicología.**

Los plazos de carencia anteriormente indicados, tanto si se hace uso de los servicios médicos recomendados cómo si se utiliza la modalidad de reembolso, no serán exigibles en el caso de accidentes cubiertos por la Póliza, o de enfermedades con carácter de urgencia vital, sobrevenidas y diagnosticadas después de la fecha de efecto del seguro, así como en los casos de parto prematuro.

## VI. TRAMITACIÓN EN CASO DE SINIESTRO

---

**A.** Para la tramitación de un siniestro cubierto parcialmente por esta Póliza (reembolso del porcentaje de gastos indicado en las Condiciones Particulares de la misma) deben cumplirse las siguientes normas:

**1.** El Asegurado o cualquier persona en su nombre deberá comunicar el siniestro al Asegurador dentro de los siguientes plazos:

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

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

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

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

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

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

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

**6.** El Tomador del Seguro o, en su caso, el Asegurado deberá presentar al Asegurador la siguiente documentación:

**6.1.** Impreso de solicitud de reembolso, debidamente cumplimentado.

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

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

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

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

**6.3.** Justificación o acreditación original del pago de la/s factura/s por parte del Asegurado.

**6.4.** Prescripciones médicas originales de los servicios médicos y/u hospitalarios recibidos por el Asegurado, excepto en el caso de consultas y servicios de podología, respecto de los cuales no será necesaria la presentación de tales prescripciones.

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

El incumplimiento de las normas establecidas en los seis apartados anteriores será considerado como renuncia expresa al cobro del reembolso, salvo que no haya sido posible cumplirlas por causas ajenas a la voluntad del Tomador del Seguro, del Asegurado o de sus familiares.

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

**1.** La asistencia, de conformidad con lo previsto en las disposiciones reglamentarias aplicables, se prestará en todas las poblaciones donde el Asegurador tenga representación debidamente autorizada o cuente con cuadros médicos concertados. Cuando en cualquiera de las poblaciones donde radique dicha representación o cuadros médicos concertados no exista alguno de los servicios comprendidos en el contrato, serán facilitados en la provincia donde los mismos puedan utilizarse, a elección del Asegurado.

**2.** El Asegurado presentará su tarjeta-Sanitas al servicio asistencial médico y/u hospitalario recomendado, identificándose, por tanto, como tal Asegurado y no abonará cantidad alguna a dicho servicio asistencial médico y/u hospitalario recomendado.

**3.** Además, será necesaria, con carácter general, la previa prescripción médica y la autorización expresa del Asegurador para intervenciones quirúrgicas, hospitalizaciones, métodos terapéuticos y pruebas diagnósticas excepto los que a continuación se relacionan:

Aerosolterapia.

Análisis clínicos (excepto test del S.I.D.A.).

Audiometría.

Bronco-espirometría.

Citología.

Colposcopia.

Campimetría ocular.

Electrocardiograma.

Electroencefalograma.

Electromiograma.

Endoscopia.

Estudios anatomopatológicos.

Extracción de pieza dentaria (excepto cordales).

Infiltraciones.

Pruebas alérgicas.

Radiología digestiva con contraste baritado.

Radiología general sin contraste (excepto radiología maxilofacial).

Radiología urológica con contraste yodado (excepto la Urodinámica).

Toma de biopsia en consulta.

Tratamiento ortopédico con escayola.

El incumplimiento de lo establecido en los apartados 1 y 2 precedentes (salvo en el caso de que no haya sido posible cumplirlo por causas ajenas a la voluntad del Tomador del Seguro, del Asegurado o sus familiares) dará lugar a que el Asegurador no asuma los gastos ocasionados por dicha asistencia, ni total ni parcialmente.

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

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

## **VII. REEMBOLSO DE GASTOS**

---

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

Una vez recibida toda la documentación requerida y efectuadas las comprobaciones oportunas para establecer la existencia del siniestro, el Asegurador, en el plazo de diez días laborables, deberá reembolsar o consignar la cantidad garantizada, según las circunstancias conocidas.

En el supuesto de que el proceso tenga una duración superior a los tres meses, el Tomador del Seguro o, en su caso, el Asegurado, deberá remitir al Asegurador la/s factura/s de los gastos incurridos en el trimestre anterior.

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

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

No obstante, conforme a lo establecido en los Apartados B/ y C/ de la Cláusula Cuarta, en el caso de que el Asegurado utilice los servicios médicos y/u hospitalarios recomendados por el Asegurador, será éste quien proceda al pago directamente

a los médicos y/u hospitales que hubieren prestado la asistencia de los correspondientes honorarios y gastos médicos devengados, que serán íntegramente de su propia cuenta y cargo.

## VIII. DURACIÓN DEL SEGURO

---

1. El seguro se estipula por el período de tiempo previsto en las Condiciones Particulares y, a su vencimiento, de conformidad con el artículo 22 de la Ley del Contrato de Seguro, se prorrogará tácitamente por períodos no superiores a un año. 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 período en curso.
2. El Asegurador acepta que sin perjuicio de que el Asegurado cause automáticamente baja en el seguro al finalizar la anualidad del seguro en que cumpla 65 años de edad:
  - Aquellos Asegurados que permanezcan durante al menos 10 años en una póliza Sanitas Mundi -con un límite de capital asegurado anual igual o superior a 100.000 euros- podrán continuar asegurados, si así lo desean, suscribiendo una nueva póliza, de la modalidad de reembolso, en las condiciones determinadas por el Asegurador, en la fecha de vencimiento de la póliza en la anualidad en que haya cumplido 65 años de edad.
  - Aquellos Asegurados cuya permanencia en la póliza Sanitas Mundi fuera menor a 10 años o si ésta tuviera un límite de capital asegurado anual inferior a 100.000 euros, también podrán continuar como Asegurados suscribiendo en ese caso una nueva póliza de la modalidad de cuadro médico concertado, en las condiciones determinadas igualmente por el Asegurador, en la fecha de vencimiento de la póliza en la anualidad en que haya cumplido 65 años de edad.
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 nueve (9) meses al año en territorio nacional.
  - (c) Si en la Póliza están incluidos familiares que convivan con el Tomador del Seguro, cuando dejen de vivir de manera habitual en el domicilio de este último, lo cual deberá ser comunicado al Asegurador. Si estas personas contratan un nuevo seguro, antes de transcurrir un mes desde la comunicación anteriormente citada, el Asegurador mantendrá los derechos por ellos adquiridos, siempre y cuando suscriban las mismas garantías.
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.
5. Las garantías contratadas no tomarán efecto mientras no haya sido satisfecho el primer recibo de prima, salvo pacto escrito en contrario.

## IX. PRIMAS DEL SEGURO

---

1. El Tomador del Seguro, de acuerdo con el artículo 14 de la Ley del Contrato de Seguro, está obligado al pago de la prima, que se realizará mediante domiciliación bancaria salvo que, en Condiciones Particulares, se acuerde otra cosa.
2. La primera prima será exigible, conforme al artículo 15 de la citada Ley, una vez firmado el contrato. Si no hubiera sido pagada por culpa del Tomador del Seguro, el Asegurador 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, el Asegurador quedará liberado de su obligación, salvo pacto en contrario.

3. En caso de falta de pago de la segunda y sucesivas primas, la garantía del Asegurador queda suspendida un mes después del día de su vencimiento, y si el Asegurador no reclama el pago en el plazo de los seis meses siguientes a dicho vencimiento, se entenderá que el contrato queda extinguido. Si el contrato no hubiera sido resuelto o extinguido conforme a las condiciones anteriores, la garantía vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el Tomador del Seguro pague la prima. En cualquier caso, el Asegurador, cuando el contrato esté en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la prima del periodo en curso.
4. En el caso de primas fraccionadas, si ocurriere algún siniestro, el Asegurador podrá deducir de las cantidades a pagar o reembolsar 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 el Asegurador.
5. El Asegurador sólo queda obligado por los recibos librados por la Dirección o por sus representantes legalmente autorizados.
6. En cada renovación, la prima anual se determinará de acuerdo con la edad alcanzada y el sexo de cada uno de los asegurados, aplicando las tarifas que el Asegurador tenga en vigor en la fecha de renovación. El Tomador del Seguro da su conformidad a las variaciones de prima que se produzcan por tal motivo.
7. El Tomador del Seguro, recibida, en su caso, la comunicación del Asegurador relativa a la variación de la cuantía de las primas para la siguiente anualidad, podrá optar entre la prórroga del contrato de seguro y la extinción del mismo al vencimiento del período del seguro en curso. En este último caso, el Tomador del Seguro deberá notificar por escrito al Asegurador su voluntad de dar por finalizada a su término la relación contractual.

## **X. OTRAS OBLIGACIONES Y DEBERES DEL TOMADOR O ASEGURADO**

---

El Tomador del Seguro o, en su caso, el Asegurado tendrán las siguientes obligaciones:

- A. Declarar al Asegurador, antes de la conclusión del contrato y de acuerdo con el cuestionario que éste le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo.

El Asegurador 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 al Asegurador, 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 el Asegurador haga la declaración a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de éste se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiere aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si medió dolo o culpa grave del Tomador del Seguro quedará el Asegurador liberado del pago de la prestación.

- B. Comunicar al Asegurador, durante el curso del contrato y tan pronto como le sea posible, todas las circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del contrato, no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas.

El Asegurador puede, en un plazo de dos meses a contar del día en que la agravación le ha sido declarada, proponer una modificación del contrato. En tal caso, el Tomador dispone de quince días a contar desde la recepción de esta proposición para aceptarla o rechazarla. En caso de rechazo, o de silencio por parte del Tomador, el Asegurador puede, transcurrido dicho plazo, rescindir el contrato previa advertencia al Tomador, dándole para que conteste un nuevo plazo de quince días, transcurridos los cuales y dentro de los ocho siguientes comunicará al Tomador la rescisión definitiva.

El Asegurador igualmente podrá rescindir el contrato comunicándolo por escrito al Asegurado dentro de un mes, a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo. En el caso de que el Tomador del Seguro o Asegurado no haya efectuado su declaración y sobreviniere un siniestro, el Asegurador queda liberado de su prestación si el Tomador o el Asegurado ha actuado con mala fe. En otro caso, la prestación del Asegurador se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiere aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

- C.** Comunicar al Asegurador, tan pronto como le sea posible, el cambio de domicilio. Si el cambio de domicilio supone una disminución del riesgo será de aplicación lo dispuesto en el artículo 13 de la Ley del Contrato de Seguro, que dispone: “En tal caso, al finalizar el periodo en curso cubierto por la prima, deberá reducirse el importe de la prima futura en la proporción correspondiente, teniendo derecho el Tomador en caso contrario a la resolución del contrato y a la devolución de la diferencia entre la prima satisfecha y la que le hubiera correspondido pagar, desde el momento de la puesta en conocimiento de la disminución del riesgo”. Si por el contrario supone una agravación del riesgo, será de aplicación lo previsto en la letra B/ anterior.
  - D.** Comunicar al Asegurador, tan pronto como le sea posible, las altas (cumplimentando la correspondiente solicitud- cuestionario de salud) de Asegurados que se produjeran durante la vigencia del presente contrato, tomando efecto las mismas el día primero del mes siguiente a la fecha de notificación efectuada por el Tomador del Seguro, adaptándose la prima a la nueva situación.
  - E.** Aminorar las consecuencias del siniestro empleando los medios a su alcance para el pronto restablecimiento. El incumplimiento de este deber con la manifiesta intención de perjudicar o engañar al Asegurador, liberará a éste de toda prestación derivada del siniestro.
  - F.** Para la utilización de los servicios concertados por el Asegurador el Asegurado deberá presentar su tarjeta-Sanitas, documento personal e intransferible. En caso de pérdida o sustracción de esta tarjeta, el Tomador y/o Asegurado tiene(n) la obligación de comunicarlo al Asegurador en el plazo de cuarenta y ocho horas, procediéndose a emitir una nueva tarjeta y anular la extraviada o sustraída.
- Además, el Tomador del Seguro y/o Asegurado se obliga(n) a devolver al Asegurador la(s) tarjeta(s)-Sanitas, en el caso de rescisión, resolución y, en general, de finalización de la relación contractual cualquiera que sea la causa de la misma.
- G.** Comunicar al Asegurador, según lo dispuesto en el artículo 101 y el artículo 106 de la Ley de Contrato de Seguro, la existencia de cualquier otro seguro de enfermedad que se refiera a las personas aseguradas por esta Póliza.

## **XI. DERECHOS DEL TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO**

---

El Tomador del Seguro y/o Asegurado podrá reclamar al Asegurador, en el plazo de un mes desde la entrega de la Póliza, que se subsanen las divergencias existentes entre ésta y la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas, según dispone el artículo 8 de la Ley del Contrato de Seguro.

El Tomador del Seguro o el Asegurado podrá, durante el curso del contrato, poner en conocimiento del Asegurador todas las circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del contrato, lo habría concluido en condiciones más favorables.

En tal caso, al finalizar el período en curso cubierto por la prima, deberá reducirse el importe de la prima futura en la proporción correspondiente, teniendo derecho el Tomador en caso contrario a la resolución del contrato y a la devolución de la diferencia entre la prima satisfecha y la que hubiera correspondido pagar, desde el momento de la puesta en conocimiento de la disminución del riesgo.

## **XII. OTRAS OBLIGACIONES DEL ASEGURADOR**

---

Además de hacer efectivas las garantías aseguradas, el Asegurador deberá entregar al Tomador del Seguro la Póliza o, en su caso, el documento de cobertura provisional o el que proceda según lo dispuesto en el artículo 5 de la Ley del Contrato de Seguro, así como un ejemplar del cuestionario y demás documentos que haya suscrito el Tomador del Seguro.

## **XIII. CONTROVERSIAS**

---

1. En caso de desacuerdo sobre la naturaleza de la enfermedad y/o el importe del reembolso, cada parte designará un Perito, debiendo constar por escrito la aceptación de éstos. Si una de las partes no hubiera hecho la designación, estará obligada a realizarla en los ocho días siguientes a la fecha en que sea requerida por la que hubiere designado el suyo, y de no hacerlo en este último plazo se entenderá que acepta el dictamen que emita el Perito de la otra parte, quedando vinculada por el mismo.
2. En caso de que los Peritos lleguen a un acuerdo, se reflejará en un acta conjunta, en la que se harán constar las causas del siniestro, la valoración de los daños, las demás circunstancias que influyan en la determinación del reembolso de gastos y la propuesta del importe líquido de tal reembolso.
3. Cuando no haya acuerdo entre los Peritos, ambas partes designarán un tercer Perito de conformidad y, de no existir ésta, la designación se hará por el Juez de Primera Instancia en acto de jurisdicción voluntaria y por los trámites previstos para la insaculación de Peritos en la Ley de Enjuiciamiento Civil. En este caso el dictamen pericial se emitirá en el plazo señalado por las partes o, en su defecto, en el de treinta días a partir de la aceptación de su nombramiento por el Perito tercero.
4. El dictamen de los Peritos, por unanimidad o por mayoría, se notificará a las partes de manera inmediata y en forma indubitada, siendo vinculante para éstas, salvo que se impugne judicialmente por alguna de las partes, dentro del plazo de treinta días, en el caso del Asegurador, y de ciento ochenta en el del Asegurado, computados ambos desde la fecha de su notificación. Si no se ejercitase en dichos plazos la correspondiente acción, el dictamen pericial devendrá inatacable.
5. Si el dictamen de los Peritos no fuera impugnado, el Asegurador deberá abonar el importe del reembolso señalado por los Peritos en un plazo de cinco días.
6. En el supuesto de que por demora del Asegurador en el pago del importe del reembolso devenido inatacable el Asegurado se viere obligado a reclamarlo judicialmente, la indemnización correspondiente se verá incrementada con el interés anual legalmente establecido que, en este caso, empezará a devengarse desde que la valoración devino inatacable para el Asegurador y, en todo caso, con el importe de los gastos originados al Asegurado por el proceso, a cuya indemnización hará expresa condena la sentencia, cualquiera que fuere el procedimiento judicial aplicable.
7. Cada parte satisfará los honorarios de su perito. Los del perito tercero y demás gastos que ocasione la tasación pericial serán de cuenta y cargo por mitad del Asegurado y del Asegurador. No obstante si cualquiera de las partes hubiera hecho necesaria la peritación por haber mantenido una valoración manifiestamente desproporcionada será ella la única responsable de dichos gastos.

## **XIV. DUPLICADO DE PÓLIZA**

---

En caso de extravío de la Póliza, el Asegurador, a petición del Tomador del Seguro o, en su defecto, del Beneficiario, tendrá obligación de expedir copia o duplicado de la misma, la cual tendrá idéntica eficacia que la original.

La petición se hará por escrito en el que se expliquen las circunstancias del caso, se aporten las pruebas de haberlo notificado a quienes resulten titulares de algún derecho en virtud de la Póliza y el solicitante se comprometa a devolver la Póliza original si apareciese y a indemnizar al Asegurador de los perjuicios que le irroque la reclamación de un tercero.

## **XV. SUBROGACIÓN**

---

El Asegurador, una vez pagado el reembolso de los gastos, podrá ejercitar los derechos y las acciones que por razón del siniestro correspondieran al Asegurado frente a las personas responsables del mismo, hasta el límite de la indemnización.

El Asegurador no podrá ejercitar en perjuicio del Asegurado los derechos en que se haya subrogado. El Asegurado será responsable de los perjuicios que, con sus actos u omisiones, pueda causar al Asegurador en su derecho a subrogarse.

El Asegurador no tendrá derecho a la subrogación contra ninguna de las personas cuyos actos u omisiones den origen a responsabilidad del Asegurado, de acuerdo con la Ley, ni contra el causante del siniestro que sea, respecto del Asegurado, pariente en línea directa o colateral dentro del tercer grado civil de consanguinidad, padre adoptante o hijo adoptivo que convivan con el Asegurado. Pero esta norma no tendrá efecto si la responsabilidad proviene de dolo o si la responsabilidad está amparada mediante un contrato de seguro. En este último supuesto, la subrogación estará limitada en su alcance de acuerdo con los términos de dicho contrato.

En caso de concurrencia de Asegurador y Asegurado frente a tercero responsable, el recobro obtenido se repartirá entre ambos en proporción a su respectivo interés.

## **XVI. PRESCRIPCIÓN**

---

Las acciones del Tomador del Seguro y del Asegurado para reclamar judicialmente contra el rechazo de una prestación o contra la estimación del importe del reembolso, prescriben a los cinco años, a contar desde el día en que pudieran ejercitarse.

## **XVII. COMUNICACIONES**

---

1. Las comunicaciones al Asegurador por parte del Tomador del Seguro, del Asegurado o Beneficiario se realizarán en el domicilio social de aquél señalado en la Póliza.
2. Las comunicaciones del Asegurador al Tomador del Seguro, al Asegurado o Beneficiario, se realizarán en el domicilio de los mismos, recogido en la Póliza, salvo que hubiesen notificado el cambio de su domicilio al Asegurador.
3. Las comunicaciones que efectúe el Tomador del Seguro al agente de seguros o corredor que medie o haya mediado en el contrato surtirán los mismos efectos que si se hubiesen realizado directamente al Asegurador.
4. El pago del importe de la prima efectuado por el Tomador del Seguro al agente o corredor de seguros no se entenderá realizado al Asegurador, salvo que, a cambio, el agente o corredor entregue al Tomador del Seguro el recibo de prima de dicho Asegurador.

## **XVIII. CONTROL E INSTANCIAS DE RECLAMACIÓN**

---

- A. El control de la actividad de la Entidad Aseguradora corresponde al Estado Español, ejerciéndose éste a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía.
- B. En caso de cualquier tipo reclamación sobre el contrato de seguro, el Tomador, Asegurado, Beneficiario, Tercero perjudicado o Derechohabientes de cualquiera de ellos, deberán dirigirse para su resolución:

1. Al Departamento de Atención al Cliente del Asegurador, -mediante escrito dirigido a la calle Ribera del Loira nº 52 (28042 Madrid) o al fax nº 91 585 24 80 o a la dirección de correo electrónico clientes @ sanitas.es - , quien acusará recibo por escrito y resolverá igualmente mediante escrito motivado en el plazo máximo legal de dos meses desde la fecha de presentación de la reclamación.
2. Una vez agotada dicha vía interna del Asegurador, o en caso de no estar conformes con la resolución de este, podrán formular su reclamación ante el Defensor del Asegurado designado por el Asegurador en los siguientes casos:
  - a) Cuando se trate de reclamaciones cuya cuantía no exceda de 21.000 euros y afecten a la interpretación de las Condiciones Generales y Particulares de la póliza.  
  
No podrán someterse al Defensor del Asegurado las reclamaciones que versen sobre la actuación personal o profesional de los médicos, hospitales y servicios médicos en general que presten atención médica a los asegurados.
  - b) Cuando aún estando fuera de los anteriores supuestos, así lo acepte el Asegurador.  
  
Para reclamar ante el Defensor del Asegurado el reclamante deberá dirigir un escrito al apartado de correos n.º 50.072 (28080 Madrid) exponiendo los motivos de su reclamación. A la vista del mismo, el Defensor acusará recibo por escrito y se declarará o no competente. Si se declara competente, una vez estudiada la reclamación, dictará –dentro del plazo máximo legal de dos meses computados desde la fecha de presentación de la reclamación ante el Asegurador– una resolución motivada que será comunicada por escrito tanto al reclamante como al Asegurador, para quien resultará vinculante.
3. También, podrá iniciar el procedimiento administrativo de reclamación ante el Comisionado para la Defensa del Asegurado y del Partícipe en Planes de Pensiones. Para ello, el reclamante deberá acreditar que ha transcurrido el plazo establecido para la resolución de la reclamación por el Defensor del Asegurado o que ha sido denegada la admisión de la reclamación o desestimada su petición por éste.
4. En cualquier caso podrá acudir a los Juzgados y Tribunales competentes.

## XIX. OTROS

---

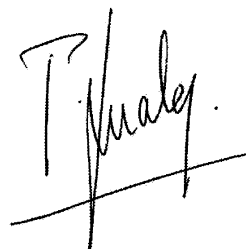
El Tomador del Seguro y/o el asegurado autorizan al Asegurador para que, si éste lo considera necesario, pueda grabar las conversaciones telefónicas que mantengan en relación con la presente póliza y utilizarlas en sus procesos de control de calidad y, en su caso, como medio de prueba para cualquier 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 al Asegurador copia o transcripción escrita del contenido de las conversaciones grabadas entre ambos.

## XX. JURISDICCIÓN

---

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

EL TOMADOR DEL SEGURO



EL ASEGURADOR