



El seguro Médico BBVA Mas Salud Sin Copago es un producto mediado por **BBVA MEDIACIÓN, OPERADOR DE BANCA-SEGUROS VINCULADO, S.A.**, con domicilio social en Madrid, Calle Azul nº 4, 28050, inscrita en el Registro Mercantil de Madrid Tomo 24602, Sección 8ª, Hoja M-62255 con N.I.F. A/78581998, así como en el Registro administrativo especial de mediadores de seguros de la Dirección General y Seguros y Fondos de Pensiones, organismo dependiente del Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital del Estado Español con la clave OV-0060. No estando obligado a realizar la actividad de mediación de seguros exclusivamente para SANITAS, S.A, ni a facilitar asesoramiento con arreglo a la obligación de llevar a cabo un análisis objetivo que se impone a los corredores de seguros. El asesoramiento que se presta es para contratar un seguro, pudiendo solicitar información sobre las entidades aseguradoras para las que media.

BBVA MEDIACIÓN, OPERADOR DE BANCA-SEGUROS VINCULADO, S.A. tiene concertado Seguro de Responsabilidad Civil y constituida garantía financiera. Pertenece al grupo de empresas cuya matriz es el Banco Bilbao Vizcaya Argentaria, S.A. en un 100% de su capital social, formando parte del mismo Grupo la aseguradora BBVASEGUROS, S.A., DE SEGUROS Y REASEGUROS.

CONDICIONES GENERALES



BBVA SEGUROS Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros

Inscrita en el Registro de la dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, con la clave C-0502
Entidad domiciliada en España e inscrita en el Registro Mercantil de Vizcaya, tomo 3.678, sección 8, folio 38, hoja BI-854

Domicilio social Gran Vía Don Diego López de Haro nº 12, 48001 Bilbao

N.I.F. A-48051098

Sanitas Sociedad Anónima de Seguros

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

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

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

N.I.F. A-28037042

ÍNDICE

Condiciones generales

Cláusula preliminar.....	7
Glosario de términos.....	8
Cláusula I: Objeto del seguro.....	13
Cláusula II: Coberturas.....	13
COBERTURAS PRINCIPALES DE LA PÓLIZA.....	13
1. Asistencia primaria.....	13
1.1. Medicina Familiar.....	13
1.2. Pediatría y Puericultura.....	13
1.3. Servicio de Enfermería.....	14
2. Urgencias.....	14
Sanitas 24 horas.....	14
3. Especialidades médicas.....	14
3.1. Alergología.....	14
3.2. Análisis Clínicos.....	14
3.2.1. Estudios Genéticos.....	14
3.3. Anatomía Patológica.....	15
3.4. Anestesiología.....	15
3.5. Angiología y Cirugía Vascolar.....	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.....	16
3.12. Cirugía Pediátrica.....	16
3.13. Cirugía Reparadora.....	16
3.14. Cirugía Torácica.....	16
3.15. Dermatología.....	16
3.16. Endocrinología.....	16



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

Cobertura segunda opinión médica.....	29
Dental 21.....	30
Cláusula III: Coberturas excluidas.....	31
Cláusula IV: Periodos de carencia.....	36
Cláusula V: Forma de prestar los servicios.....	37
Cláusula VI: Otros aspectos del seguro.....	40
1. Bases y pérdida de derechos del contrato.....	40
2. Duración del seguro.....	41
3. Primas del seguro.....	41
4. Altas de recién nacidos.....	43
5. Aportación de informes.....	43
6. Reclamaciones.....	43
7. Otros aspectos legales a tener en cuenta.....	44
8. Cláusula de protección de datos.....	44
9. Otros.....	52
10. Jurisdicción.....	52
11. Concurrencia de seguros.....	52
12. Prevención del blanqueo de capitales y de la financiación del terrorismo.....	52
13. Cláusula de coaseguro.....	53

Cláusula preliminar

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

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

Glosario de términos

A los efectos del presente documento del Producto **BBVA Mas Salud Sin Copago** se entiende por:

TÉRMINOS ASEGURADORES

ACCIDENTE

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

ANTIGÜEDAD

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

ASEGURADO

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

BENEFICIARIO

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

COPAGO

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

CUESTIONARIO DE SALUD

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

DOLO

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

u obtener un beneficio afectando los intereses de un tercero.

DOMICILIO DEL ASEGURADO

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

ENTIDAD ASEGURADORA

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

FRANQUICIA

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

PARTICIPACIÓN EN GASTOS

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

PLAZOS DE CARENCIA

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

PÓLIZA

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

las Adicionales y Complementarias o Apéndices que se añadan a la misma, para completarla o modificarla.

PREEXISTENCIA

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

PRESTACIÓN

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

PRIMA

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

SINIESTRO

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

SOBREPRIMA

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

TOMADOR DEL SEGURO

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

TÉRMINOS SANITARIOS

ASISTENCIA SANITARIA

Acto de atender o cuidar la salud de una persona.

ASISTENCIA SANITARIA HOSPITALARIA / CON HOSPITALIZACIÓN EN RÉGIMEN DE INGRESO

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

ASISTENCIA SANITARIA EN RÉGIMEN DE HOSPITAL DE DÍA

Es la asistencia médica, diagnóstica, quirúrgica o terapéutica prestada en un centro médico u hospitalario que requiere cuidados 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.

CONSULTA

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

DIAGNÓSTICO

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

ENFERMERO.

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

ENFERMEDAD

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

ENFERMEDAD CONGÉNITA

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

GUÍA ORIENTADORA DE MÉDICOS Y SERVICIOS

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

facultativos y entidades que conforman el cuadro médico de esta póliza.

HABITACIÓN CONVENCIONAL

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

HOSPITAL

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

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

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

INTERVENCIÓN

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

utilización de una sala específica dotada del equipamiento necesario.

LESIÓN

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

MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS

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

MATERIAL ORTOPÉDICO

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

MEDICAMENTOS

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

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

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

MÉDICO

Doctor o Licenciado en Medicina legalmente capacitado y autorizado para tratar médica o

quirúrgicamente las enfermedades o lesiones.

MÉTODO TERAPÉUTICO COMPLEJO

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

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

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

RECIÉN NACIDO

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

PARTO

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

PATOLOGÍA ORGÁNICA

Lesión estructural en tejidos u órganos del cuerpo humano

PRÓTESIS

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

valvulares cardiacos, ligamentos) lentes intraoculares, reservorios de medicamentos, etc.

PRUEBA DIAGNÓSTICA 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.

SERVICIOS A DOMICILIO

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

SERVICIOS DE ASISTENCIA URGENTE

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

TRATAMIENTO

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

URGENCIA

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

URGENCIA VITAL / EMERGENCIA MÉDICA

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

Cláusula I: Objeto del seguro

Dentro de los límites y condiciones estipuladas en la Póliza, y previo pago por el Tomador del seguro de la prima correspondiente, copagos y franquicias que en su caso corresponda, la Entidad Aseguradora pone a disposición de sus asegurados un amplio cuadro concertado de profesionales, clínicas y hospitales para su asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria, según la práctica médica habitual, en aquellas especialidades y modalidades comprendidas en la cobertura de esta Póliza, asumiendo su coste mediante el pago directo a los profesionales o centros concertados que hubieren realizado la prestación asegurada. **En todo caso, dichas prestaciones son realizadas por aquellos profesionales y centros médicos y hospitales que cumplen con todos los requisitos legales para el desarrollo de su actividad profesional en el territorio nacional.**

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

Cláusula II: Coberturas

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

mismas en el momento de la contratación de la póliza.

COBERTURAS PRINCIPALES DE LA PÓLIZA

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

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

1. Asistencia primaria

1.1. Medicina Familiar

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

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

1.2. Pediatría y Puericultura

Comprende la asistencia de niños **hasta cumplir los 15 años de edad**, en consultorio y a domicilio, la indicación y prescripción de las pruebas y medios diagnósticos básicos (analítica y radiología general) aplicándose

las mismas normas ya citadas para la cobertura de Medicina Familiar.

1.3. Servicio de Enfermería

Comprende la asistencia en consulta y a domicilio.

2. Urgencias

Comprende la asistencia sanitaria en casos de urgencia que se prestará en los centros de urgencia permanente que estén concertados con la Entidad Aseguradora e indicados en la Guía Orientadora de Médicos y Servicios correspondiente a este producto.

En caso justificado, se atenderá al Asegurado, en el lugar donde se encuentre, por los servicios permanentes de guardia, **únicamente en aquellas poblaciones en las que la Entidad Aseguradora tenga concertada la prestación de dicho servicio.**

Sanitas 24 horas

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

3. Especialidades médicas

3.1. Alergología

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

3.2. Análisis Clínicos

Quedan excluidos los test de disbiosis intestinal.

3.2.1. Estudios Genéticos

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

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

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

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

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

- con 2 o más familiares de 1º o 2º grado menor de 50 años afectado por cáncer de mama

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

C) paciente varón con cáncer de mama

D) paciente menor de 50 años con cáncer de mama

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

Queda excluido el estudio molecular HLA DQ2/DQ8, tipaje DNA HLA clase I y II, estudio de PCA3, secuenciación genómica, estudio del exoma clínico genético completo, microarray, farmacogenética (excepto el estudio para la determinación del déficit de dihidropirimidina deshidrogenasa) y terapia génica.

3.3. Anatomía Patológica

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

3.4. Anestesiología

3.5. Angiología y Cirugía Vasculare

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

3.10. Cirugía Maxilofacial

Comprende el diagnóstico y tratamiento quirúrgico de las enfermedades y traumatismos que involucren exclusivamente

a la mandíbula, maxilar y huesos propios de la cara.

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

3.11. Cirugía Ortopédica y Traumatológica

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

3.12. Cirugía Pediátrica

En idénticos términos y condiciones que la cirugía de adultos.

3.13. Cirugía Reparadora

Quedan excluidas las cirugías con componente estético como la realización de rinoseptoplastia y cirugía para diastasis de recto.

3.14. Cirugía Torácica

3.15. Dermatología

3.16. Endocrinología

3.17. Geriatría

3.18. Hematología y Hemoterapia

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

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

3.19. Medicina Interna

3.20. Medicina Nuclear

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

El PET y PET/ TC exclusivamente con el 18-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

- Detección de focos metastásicos sépticos en caso de bacteriemia o endocarditis (ver también sección 4.4)

Detección de la extensión de la inflamación en caso de:

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

Seguimiento del tratamiento:

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

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

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

Queda excluido cualquier radiotrazador que no sea 18FDG.

3.21. Nefrología

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

3.22. Neumología

Incluye la ecobroncoscopia en las siguientes indicaciones:

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

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

3.23. Neurocirugía

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

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

3.24. Neurofisiología Clínica

3.25. Neurología

3.26. Obstetricia y Ginecología

Incluye las intervenciones ginecológicas por vía laparoscópica.

Incluye para el diagnóstico de la infertilidad y esterilidad **exclusivamente las siguientes pruebas: determinaciones analíticas hormonales basales, ecografía, histerosalpingografía e histeroscopia, solamente hasta el diagnóstico, es decir, una vez empiece el tratamiento no se cubrirá ningún servicio más relacionado con el mismo.**

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

Incluye las siguientes pruebas genéticas:

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

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

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

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

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

3.26.2. Asistencia de Neonatología

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

3.26.3. Asistencia al recién nacido

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

3.27. Oftalmología

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

Queda excluida la ortóptica, la pleóptica y la cirugía refractiva de cualquier tipo (para

miopía, hipermetropía, presbicia y astigmatismo).

3.28. Oncología Médica

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

Incluye los medicamentos específicamente citostáticos, **cuya comercialización se encuentre autorizada en el mercado nacional y siempre que se empleen 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, o mediante instilación vesical.**

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

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

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

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

Excluye los tratamientos experimentales, los de uso compasivo, y los realizados

para indicaciones no recogidas en la ficha técnica del medicamento.

3.29. Otorrinolaringología

Incluye la cirugía mediante láser CO2 y radiofrecuencia.

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

3.30. Psiquiatría

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

3.31. Radiodiagnóstico-Diagnóstico por Imagen

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

También incluye:

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

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

contraindicada por su situación clínica o entrañe un mayor riesgo.

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

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

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

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

Queda excluida la valoración del score cálcico.

3.32. Radioterapia

Es objeto de cobertura la radioterapia exclusivamente para procesos oncológicos y únicamente a través de las siguientes técnicas: radioterapia de intensidad modulada (IMRT), radioterapia estereotáxica corporal (SBRT), radioterapia intraoperatoria y braquiterapia.

Incluye también la radiocirugía estereotáxica para el tratamiento de procesos tumorales, principalmente malignos, malformaciones arteriovenosas cerebrales y como último

escalón terapéutico en la neuralgia de trigémino.

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

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

3.33. Rehabilitación

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

3.34. Reumatología

3.35. Urología

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

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

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

Incluye la Biopsia por fusión de próstata 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 la Entidad Aseguradora tras valoración de informe médico.

Incluye la fotovaporización y enucleación de próstata con láser.

Incluye la litotricia endoureteral y vesical con láser.

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

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

4. Otros servicios asistenciales

4.1. Ambulancia

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

traslado por otro medio ordinario (taxi, vehículo particular, etc.) y sea autorizado a través del servicio telefónico 24 horas de la Entidad Aseguradora.

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

4.2. Atención Especial en Domicilio

Se llevará a cabo, **siempre que la Entidad Aseguradora tenga concertada la prestación de este servicio en dicho lugar**, por los equipos sanitarios que designe la Entidad Aseguradora, siempre que exista la posibilidad de concertar el servicio cuando la patología del enfermo requiera cuidados especiales sin llegar a precisar ingreso hospitalario ni equipamiento especializado, **siempre previa prescripción del médico. No comprende la asistencia a problemas de tipo social.**

4.3. Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matronas)

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

4.4. Fisioterapia

Está comprendida únicamente con carácter ambulatorio y **exclusivamente para las afecciones de origen en el aparato locomotor**, considerando como tales exclusivamente aquellas estructuras del cuerpo humano que realizan la función de locomoción o desplazamiento, no aquellas por tanto como la articulación temporomandibular 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 y realizada por fisioterapeutas titulados y colegiados.

Incluye terapia con ondas de choque para lesiones osteotendinosas crónicas (más de 6 meses de evolución) del aparato locomotor con un límite de 5 sesiones por articulación/año.

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

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

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

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 en medios acuáticos, rehabilitación oftalmológica o aquellas que usen equipamiento robótico.

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

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

4.5. Logopedia y foniatría

Requiere siempre autorización previa de la Entidad Aseguradora tras valoración de informe médico y debe estar prescrita por un especialista en 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.**

4.6. Nutrición

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

4.7. Podología (exclusivamente Quiropodia)

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

4.8. Prótesis

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

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

1. Oftalmología: 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, que requerirá autorización expresa de la Entidad Aseguradora tras valoración de informe médico; válvulas cardíacas, 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 testicular, prótesis de mama y expansores, tanto en la mama afectada por una cirugía tumoral previa como en los casos en los que la mastectomía profiláctica se considere una opción terapéutica tras el resultado del BRCA1 y BRCA2.

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

4.9. Programa Materno Infantil

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

4.10. Psicología

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

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

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

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

4.11. Terapias respiratorias domiciliarias

Comprende exclusivamente los siguientes tratamientos:

a) Oxigenoterapia: líquida, con concentrador y gaseosa.

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

Excluye el concentrador de oxígenos portátil.

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

c) Ventiloterapia parcial con BIPAP y Aerosolterapia.

5. Asistencia hospitalaria

La hospitalización se realizará en clínica u hospital.

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

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

Excluye la asistencia por motivos de tipo social.

6. Medicina preventiva

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

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

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

6.3. Cardiología: Incluye consulta con especialista y exploración física, así como pruebas diagnósticas básicas (por ejemplo: ECG, analítica básica de sangre y orina) y, prueba de esfuerzo, para establecer el riesgo coronario.

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

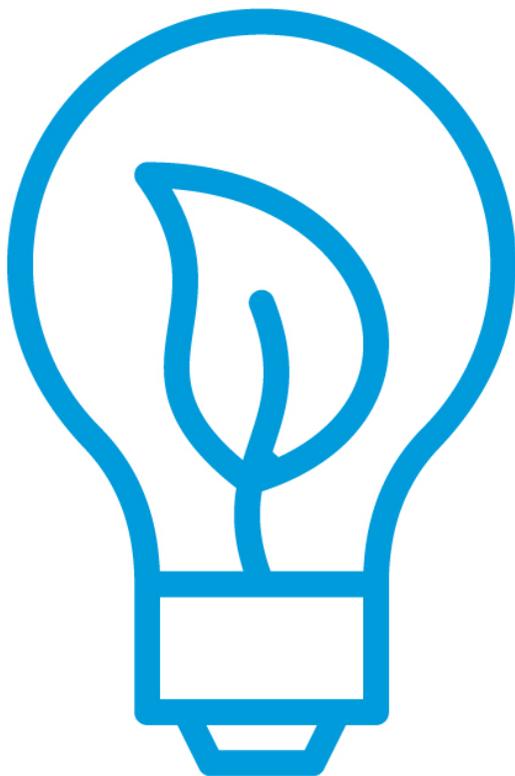
6.5. Ginecología: Comprende revisión ginecológica anual para la prevención del cáncer de cérvix, endometrio y mama. Incluye consulta con el especialista y exploración así como las pruebas diagnósticas básicas (ecografía, mamografía, citología o ecografía ginecológica, por ejemplo).

6.6. Urología: Comprende consulta médica con el especialista así como análisis de sangre básico (incluyendo determinación de Antígeno Específico Prostático –PSA–) y

orina, y otras pruebas diagnósticas básicas (como ecografía y/o biopsia de próstata).

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

COBERTURAS ADICIONALES DE LA PÓLIZA



Cobertura de asistencia de urgencias en el extranjero

¿Qué es? Utilización de los servicios y límite temporal

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

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

Es imprescindible para poder cubrir esta asistencia, **que el Asegurado** esté al corriente de pago y que, **antes de que se le realice ninguna prestación médica (salvo urgencia vital), contacte con Sanitas y solicite autorización previa** a través del teléfono que consta al dorso de la tarjeta. En caso de urgencia vital el asegurado acudirá a la clínica u hospital más próximo debiendo comunicarlo a la Entidad Aseguradora en el plazo máximo de 7 días a contar desde la fecha del ingreso facilitando a la Entidad Aseguradora copia del informe de urgencias.

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

¿Qué no incluye?

- los gastos médicos en el extranjero inferiores a 3€
- los gastos ocasionados por el diagnóstico o el tratamiento de un estado fisiológico (ejemplo: embarazo) o enfermedad ya conocida antes de la

fecha de la iniciación del viaje, a menos que sea una complicación clara o imprevisible; los tratamientos prescritos en España;

- los gastos del embarazo producidos a partir de los 150 primeros días.
- las enfermedades mentales y las crónicas que hayan provocado alteraciones en la salud del Asegurado.

¿Qué servicios tengo incluidos?

1. Gastos Médicos

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

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

Todos estos gastos deben ser originados fuera del territorio español y prestados a través de los centros designados por la Entidad Aseguradora.

Límites

12.000€ por persona y año.

2. Traslado de enfermos o heridos al lugar de asistencia

¿Qué incluye?

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

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

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

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

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

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

5. Traslado en caso de fallecimiento

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

tomará a su cargo los gastos de funeral e inhumación.

6. Regreso anticipado de los familiares asegurados acompañantes

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

7. Acompañamiento de menores

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

8. Búsqueda y localización de equipajes y efectos personales

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

9. Envío de documentos y objetos personales al extranjero

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

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

10. Adelanto de fondos

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

11. Asistencia jurídica

Si el Asegurado es encarcelado o procesado como consecuencia de un accidente de circulación ocurrido, **la Entidad Aseguradora abonará hasta un máximo de 1.500 euros** para el pago de los honorarios de abogado y procurador, surgidos como consecuencia de asistencia jurídica derivada. Si esta prestación estuviera cubierta por la Póliza de Seguros del vehículo, la misma tendrá la consideración de anticipo y la Entidad Aseguradora se reservaría el derecho a solicitar aval o garantía del Asegurado que asegure el cobro del anticipo.

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

Si el Asegurado es procesado o encarcelado en el país que ocurra, la Entidad Aseguradora le concederá un anticipo equivalente al importe de la fianza penal

exigida por las autoridades locales **hasta un máximo de 10.000 €**. La Entidad Aseguradora se reserva el derecho a solicitar aval o garantía del Asegurado que garantice el cobro del anticipo. En cualquier caso las cantidades anticipadas deberán ser reintegradas a la Entidad Aseguradora en el plazo máximo de dos meses.

13. Envío de medicamentos

¿Qué incluye?

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

¿Qué no incluye?

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

14. Transmisión de mensajes urgentes

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

Cobertura segunda opinión médica

Comprende una segunda opinión sobre el diagnóstico o tratamiento médico en el caso de enfermedades graves, de carácter crónico, que necesiten una atención programada, cuyo curso pueda requerir de nuevas pruebas diagnósticas o medidas terapéuticas, y con un mal pronóstico a

priori. Esta segunda opinión será emitida mediante informe médico por especialistas, centros asistenciales, médicos o académicos de primer nivel, en cualquier país del mundo, designados por la Entidad Aseguradora.

Para utilizar este servicio, el Asegurado podrá contactar en los teléfonos 902 19 97 24 ó 93 25 40 538 donde se le explicará el procedimiento a seguir y la documentación a remitir, que comprenderá información médica escrita, radiografías u otros diagnósticos por imagen realizados excluyendo cualquier envío de material biológico o sintético. El expediente se hará llegar, con la debida confidencialidad, al especialista o centro correspondiente según la enfermedad de que se trate.

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

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

Durante todo este proceso el Asegurado tendrá asignado un médico consultor, responsable de gestionar el caso y asesorar al paciente.

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

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

Dental 21

Las prestaciones aseguradas por esta póliza son las especificadas en el documento Prestaciones Dentales Aseguradas, anexo a las Condiciones Particulares y que forma parte integrante e inseparable de las mismas

y de estas Condiciones Generales. Están clasificadas del siguiente modo:

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

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

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

Cláusula III: Coberturas excluidas

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

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

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

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

- Producidos como consecuencia de guerras civiles, internacionales, actos de carácter terrorista en cualquiera de sus formas (química, biológica, nuclear, etc.), revoluciones y maniobras militares, aún en tiempo de

paz, y epidemias declaradas oficialmente.

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

C. La asistencia sanitaria prestada en centros o servicios de la Seguridad Social o integrados en el Sistema Nacional de Salud. Queda igualmente excluida la Asistencia sanitaria Transfronteriza.

D. La hospitalización por problemas de tipo social.

E. La asistencia médica y/u hospitalaria prestada al Asegurado por personas que se encuentren ligadas con el Tomador del Seguro o con el Asegurado por relación conyugal o de parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad o de afinidad, inclusive.

F. La asistencia sanitaria derivada de alcoholismo crónico, drogadicción, intoxicaciones debidas al abuso del alcohol, de psicofármacos, estupefacientes o alucinógenos, intento de suicidio y autolesiones, de enfermedades o accidentes sufridos por dolo o culpa grave del Asegurado, de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, SIDA y las enfermedades relacionadas con éste.

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

Igualmente queda excluido cualquier método terapéutico, técnica quirúrgica o prueba diagnóstica realizada dentro de un ensayo clínico o que por su falta de seguridad o eficacia no sean empleados en la práctica clínica habitual, considerando como tales aquellos que no consten aprobados por la Agencia Europea del Medicamento y/o la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, así como por las Agencias de Evaluación de las tecnologías Sanitarias

dependientes de los servicios de salud de las CCAA o del Ministerio de Sanidad.

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

H. Cualquier tipo de servicio relacionado con:

- Patologías o tratamientos no cubiertos o cualquier otra prestación médica que guarde relación directa con un tratamiento que no haya sido realizado bajo la cobertura asegurada por la póliza al no ser objeto de la misma.
- El diagnóstico y tratamientos, inclusive la cirugía, encaminados a solventar la esterilidad o infertilidad en ambos sexos, excepto las pruebas detalladas en el apartado correspondiente de ginecología y urología (fecundación in vitro, inseminación artificial, etc.), o de la impotencia y la disfunción eréctil, incluida la cirugía de cambio de sexo.
- La interrupción voluntaria del embarazo.
- Los trasplantes de órganos, tejidos, células o componentes celulares, excepto el trasplante autólogo tanto de médula ósea como de células progenitoras de sangre periférica por tumores de estirpe hematológica, y el trasplante de córnea.
- Los trasplantes heterólogos.
- Cualquier intervención quirúrgica sobre el no nacido.
- Cualquier técnica quirúrgica que utilice equipos de cirugía robótica.
- Los estudios genéticos que tienen como finalidad conocer la predisposición del Asegurado o de su ascendencia o descendencia presente

o futura a padecer todas las enfermedades relacionadas con alteraciones genéticas. Quedan expresamente excluidos los estudios genéticos de tumores y biopsia líquida excepto: la determinación de BCRA1 y BCRA2 , el panel genético para estudio hereditario del cáncer de mama y ovario, y las plataformas genómicas para el cáncer de mama (ONCOTYPE; MAMMAPRINT y PROSIGNA) en las condiciones detalladas en apartados anteriores. Queda excluido el estudio molecular HLA DQ2/DQ8, tipaje DNA HLA clase I y II, estudio de PCA3, secuenciación genómica, estudio del exoma clínico genético completo, microarray, farmacogenética (excepto el estudio para la determinación del déficit de dihidropirimidina deshidrogenasa) y terapia génica.

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

Igualmente queda expresamente excluido el tratamiento de cualquier tipo de patologías o complicaciones que pudieran manifestarse en un momento posterior y que estén directa y/o principalmente causadas por haberse sometido el Asegurado a una intervención, infiltración o tratamiento de los anteriormente señalados de naturaleza puramente estética o cosmética.

- Tratamientos con plasma rico en plaquetas o en factores de crecimiento.
- El ácido hialurónico, tanto si está comercializado como medicamento o como producto sanitario.
- La terapia educativa, educación del lenguaje en procesos sin patología orgánica o la educación especial para enfermos con afección psíquica.
- Reconocimientos médicos generales de carácter preventivo, salvo las coberturas mencionadas en las presentes Condiciones Generales.
- Medicinas alternativas, naturopatía, homeopatía, acupuntura, mesoterapia, hidroterapia, presoterapia, ozonoterapia, quiropráctica, etc. Queda excluida además toda asistencia realizada en centros médicos o clínicas de medicina integrativa y/o que combinen asistencia médica con terapias no convencionales reconocidas como pseudoterapias por el Ministerio de Sanidad y la Organización Médica Colegial.
- Servicios o técnicas que consisten en meras actividades de ocio, descanso, confort o deporte, así como los tratamientos en balnearios y curas de reposo.
- Órtesis, productos ortopédicos, productos anatómicos, gafas, lentillas, aparatos auditivos entre otros.
- Tratamientos con cámara hiperbárica.

- Tratamiento con Radiofrecuencia a nivel musculoesquelético, excepto los de articulaciones vertebrales.

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

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

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

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

L. Los siguientes medicamentos de uso humano:

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

- Los medicamentos no comercializados en España.

Los siguientes medicamentos especiales:

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

También se excluyen los estudios farmacocinéticos de cualquier medicamento.

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

N. Quedan excluida la cirugía bariátrica en obesidad y cirugía metabólica en diabetes.

Ñ. Queda excluida la radiocirugía.

O. Queda excluida la cirugía de parkinson.

P. Queda excluida la cirugía de la epilepsia.

Cláusula IV: Periodos de carencia

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

Plazos de Carencia para la modalidad de Cuadro Médico:

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

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

Cláusula V: Forma de prestar los servicios

1. A través del cuadro médico concertado

La asistencia se prestará de conformidad con la normativa sanitaria que resulte de aplicación por profesionales con suficiente titulación para cada servicio específico pertenecientes al cuadro médico concertado correspondiente a este producto asegurador. Cuando en la población donde se encuentre el Asegurado no exista alguno de los servicios que son objeto de cobertura por esta póliza, serán facilitados en la provincia donde los mismos puedan realizarse, a elección del Asegurado.

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

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

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

1.1 Libre acceso.

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

que es necesario prescripción/autorización.

1.2 Prescripción previa para la realización del servicio.

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

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

1.3 Prescripción y autorización previa para la realización del servicio.

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

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

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

1.5 Autorización previa y designación expresa del facultativo.

En particular, para las intervenciones quirúrgicas de alta complejidad, indicadas a continuación: neurocirugía, cirugía cardíaca y cirugía de columna, cirugías que requieran equipamientos robóticos, de navegación asistida o cualquier otra tecnología de implantación restringida, que sean objeto de cobertura por esta póliza, la Entidad Aseguradora designará, en cada caso individual y con carácter previo a la realización de la intervención quirúrgica concreta, el centro sanitario y los profesionales que la llevarán a cabo.

1.6 Servicios al Domicilio del Asegurado.

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

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

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

excepcionales (cambio de provincia de residencia, cambio de póliza).

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

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

1.8 Urgencias.

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

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

1.9 Asistencia en medios no concertados con la Entidad Aseguradora.

Sin perjuicio de lo indicado en el apartado anterior para los casos de urgencia vital, la Entidad Aseguradora no se hace responsable de los honorarios de facultativos ajenos a su cuadro médico, ni de los gastos de internamiento y de servicios que dichos facultativos ajenos pudieran ordenar. Asimismo, la Entidad Aseguradora no asume bajo la modalidad

de cuadro médico concertado que es objeto de aseguramiento por esta póliza los gastos originados en centros privados o públicos no concertados para este producto, cualquiera que sea el facultativo prescriptor o realizador de los mismos.

Cláusula VI: Otros aspectos del seguro

1. Bases y pérdida de derechos del contrato

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

1.2. El Tomador del seguro tiene el deber, antes de la conclusión del contrato, de declarar a la Entidad Aseguradora, de acuerdo con el cuestionario que ésta le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. Quedará exonerado de tal deber si la Entidad Aseguradora no le somete cuestionario o cuando, aun sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él.

La Entidad Aseguradora podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al Tomador del Seguro en el plazo de un mes, a contar del conocimiento de la reserva o inexactitud del Tomador del Seguro. Corresponderán a la Entidad Aseguradora, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al período en curso en el momento que haga esta declaración.

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

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

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

1.4. El Tomador podrá rescindir el contrato cuando se varíe el cuadro facultativo, siempre que afecte al 50% de los especialistas que integren el cuadro médico nacional de la Entidad Aseguradora, quien tendrá a disposición del Asegurado en todo momento en sus oficinas la relación completa y actualizada de dichos especialistas, para su consulta.

1.5. En el supuesto de indicación inexacta de la fecha de nacimiento del Asegurado, la Entidad Aseguradora sólo podrá impugnar el contrato si la verdadera edad del Asegurado, en el momento de la entrada en vigor del contrato, excede de los límites de admisión establecidos por aquél.

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

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

2. Duración del seguro

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

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

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

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

a) Por fallecimiento.

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

prima corresponderá a la Entidad Aseguradora hasta la fecha en la que el Asegurado comunique y acredite dicha circunstancia.

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

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

3. Primas del seguro

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

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

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

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

3.4. Si por culpa del Tomador, la primera prima no ha sido pagada, la Entidad Aseguradora tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago en vía ejecutiva con base en la Póliza, y si no hubiera sido pagada antes de que se produzca el siniestro, la Entidad Aseguradora quedará liberada de su obligación, salvo pacto en contrario debidamente reflejado en las Condiciones Particulares de la Póliza.

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

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

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

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

En el caso de primas fraccionadas, si ocurriere algún siniestro, la Entidad Aseguradora podrá deducir de las cantidades a pagar o rembolsar al Tomador del Seguro o al Asegurado, las fracciones de prima del Seguro de la anualidad en curso que aún no se hubiesen cobrado por la Entidad Aseguradora.

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

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

será el que figure en la domiciliación bancaria.

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

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

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

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

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

antelación a dicha fecha de vencimiento, su voluntad de darlo por terminado.

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

4. Altas de recién nacidos

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

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

5. Aportación de informes

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

presupuestos en los casos en que así haya sido expresamente requerido al Asegurado.

6. Reclamaciones

6.1. Control e instancias de reclamación

a) El control de la actividad de la Entidad Aseguradora corresponde al Estado Español, ejerciéndose éste a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital.

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

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

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

3. Una vez agotada dicha vía interna y en caso de no estar conformes con la resolución de la Entidad Aseguradora, podrán formular

su reclamación mediante escrito firmado facilitando el DNI o documento que acredite la identidad del reclamante, ante el **Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondo de Pensiones, en soporte papel o por vía telemática con firma electrónica, a través de la página web de ese organismo**. Para ello, el reclamante deberá acreditar que ha transcurrido el plazo establecido para la resolución de la reclamación por parte del departamento de reclamaciones de la Entidad Aseguradora, que ha sido denegada la admisión de la reclamación o desestimada su petición por éste.

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

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

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

7. Otros aspectos legales a tener en cuenta

7.1. Subrogación

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

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

7.2. Comunicaciones

7.2.1. Las comunicaciones a la Entidad Aseguradora por parte del Tomador del

Seguro, del Asegurado o Beneficiario **se realizarán en el domicilio social de aquella señalado en la Póliza.**

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

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

8. Cláusula de protección de datos

El presente contrato se celebra en régimen de coaseguro en el que son entidades aseguradoras BBVASEGUROS, S.A. de Seguros y Reaseguros y SANITAS, S.A. de Seguros.

A continuación se indica la política de Protección de Datos de las dos entidades:

8.1 SANITAS, S.A., de Seguros

8.1.1 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**").

8.1.2 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 la Entidad Aseguradora es cierta y no ha omitido dato alguno sobre el estado de salud de cada uno de los Asegurados.

8.1.3 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 coseguro/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.

8.1.4 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 adapten 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.

8.1.5 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.

8.1.6 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.

8.1.7 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. At. 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.

8.1.8 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.

8.1.9 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.

8.1.10 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.

8.2. BBVASEGUROS, S.A. de Seguros y Reaseguros

8.2.1 Responsable

El responsable del tratamiento de los datos personales proporcionados en la contratación de esta Póliza de Seguros es

BBVASEGUROS, S.A. de Seguros y Reaseguros, con domicilio social en calle Gran Vía de Don Diego López de Haro, 12, 48001 Bilbao y con oficina principal en calle Azul, nº4 28050 Madrid. Dirección de correo electrónico: seguros@bbvaseguros.es (en adelante, "BBVA Seguros").

8.2.2 Delegado de Protección de Datos

El Delegado de Protección de Datos del Grupo BBVA podrá ser contactado en la siguiente dirección de correo electrónico: dpogrupobbva@bbva.com

8.2.3 Categorías de Datos Personales

Con ocasión de dicha relación contractual, BBVA Seguros puede tratar las siguientes categorías de datos personales (en adelante, los "Datos Personales"):

- Datos identificativos y de contacto (incluidas direcciones postales y/o electrónicas)
- Datos relativos al bien asegurado. **En los seguros de accidentes, enfermedad y vida, y en caso de siniestros, BBVA Seguros recabará datos relativos a la salud, con su previo consentimiento informado.**
- Datos sociodemográficos (tales como edad, situación familiar, residencias, estudios y ocupación)

Los Datos Personales deberán estar debidamente actualizados para garantizar que en todo momento sean veraces. Cualquier modificación deberá ser comunicada a BBVA Seguros para que los mismos respondan a su situación actual.

8.2.4 Finalidades

Los Datos Personales se usarán para (i) gestionar la contratación del seguro solicitado y el pleno desarrollo del contrato de seguro, (ii) para la llevanza de ficheros comunes con otras entidades aseguradoras e instituciones colaboradoras con el sector asegurador con fines estadísticos, actuariales y de prevención del fraude, así como para la elaboración de estudios de técnica aseguradora (iii) para la

gestión de contratos de reaseguro, en su caso y (iv) para elaborar perfiles, estadísticas con fines actuariales y análisis de mercado, al objeto de poder ofrecer productos que consideremos adaptados al perfil del cliente, así como ofertas personalizadas con precios más ajustados.

8.2.5 Base Legal

La base legal que permite a BBVA Seguros el tratamiento de los Datos Personales para las finalidades señaladas en los apartados anteriores es:

(i) y (iii) el propio cumplimiento del contrato y adicionalmente el cumplimiento de las obligaciones impuestas por las leyes, entre ellas, la Ley 20/2015 de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, la Ley 50/1980 del Contrato de Seguro, la normativa de Distribución de Seguros y la Ley 10/2010, de Prevención del Blanqueo de Capitales y Financiación del Terrorismo.

(ii) el interés legítimo de BBVA Seguros. La Ley 20/2015 de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, admite que las entidades aseguradoras puedan establecer ficheros compartidos para la liquidación de siniestros y la colaboración estadístico actuarial, con el fin de permitir la elaboración de tarifas y la selección de riesgos. Asimismo, la Ley 20/2015 atribuye la potestad de crear ficheros comunes cuya finalidad sea evitar actuaciones fraudulentas dirigidas a obtener un enriquecimiento ilícito a base, principalmente, de reclamar daños no producidos. Estos ficheros cumplen una función social ya que permite el acceso a los mismos a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado. La inclusión en este fichero será debidamente informada.

(iv) el interés legítimo de BBVA Seguros en poder atender mejor las expectativas de nuestros clientes y que esto nos permita incrementar su grado de satisfacción, así como realizar estadísticas con fines actuariales, encuestas o estudios de mercado. Dicho interés legítimo respeta el derecho del Tomador/Asegurado a la

protección de sus datos personales, al honor y a la intimidad personal y familiar. En BBVA Seguros consideramos que el cliente tiene una expectativa razonable de que se utilicen sus datos para poder ofrecerle productos y servicios acordes a su perfil y disfrutar de una mejor experiencia como cliente.

En ambos casos, basados en interés legítimo (ii) y (iv), puede ejercer el derecho de oposición en la siguiente dirección: derechosprotecciondatosbbvaseguros@bbvaseguros.es

8.2.6 Conservación de Datos Personales

Los Datos Personales serán conservados durante la vigencia de la relación contractual. Las solicitudes de seguro que no se firmen serán conservadas por BBVA Seguros durante el plazo máximo de noventa (90) días, salvo que en la solicitud pactemos un plazo superior, para evitar duplicidad de gestiones ante nuevas solicitudes. Una vez finalizada la relación contractual, BBVA Seguros, mantendrá los Datos Personales bloqueados durante los plazos de prescripción legal, con carácter general 10 años por normativa de prevención del blanqueo de capitales y financiación del terrorismo. Transcurridos los plazos de prescripción legal, los Datos Personales se destruirán.

8.2.7 Comunicaciones de Datos

No cederemos los datos personales a terceros, salvo que la ley nos obligue y en los contratos de reaseguro, como consecuencia de la propia relación contractual.

Para poder prestar un servicio adecuado y gestionar la relación contractual, en el enlace que se indica en el último apartado de esta cláusula, se informa una relación por categorías de las empresas que tratan Datos Personales por cuenta de BBVA Seguros, como parte de la prestación de servicios que les hemos contratado.

8.2.8 Derechos del titular de los Datos Personales

El titular de los Datos Personales en cualquier momento puede ejercer determinados derechos frente a BBVA Seguros. En este sentido, el titular de los Datos Personales podrá acceder, rectificar, suprimir, oponerse, limitar el tratamiento o solicitar la portabilidad de los Datos Personales dirigiéndose por escrito a BBVA Seguros acompañando a su solicitud una copia de DNI o documento equivalente acreditativo de su identidad, indicando el derecho que se quiere ejercer y enviándolo a la siguiente dirección:

- BBVA Seguros. Departamento de Calidad. Calle Azul, 4. 28050 Madrid
- O por correo electrónico a derechosprotecciondatosbbvaseguros@bbvaseguros.es

El ejercicio de estos derechos es gratuito.

En caso de considerar que el tratamiento de los Datos Personales no ha resultado conforme con la normativa, puede dirigirse al Delegado de Protección de Datos del Grupo BBVA en la dirección dpogrupobbva@bbva.com. Asimismo, podrá, en su caso, presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos (www.agpd.es).

La información ampliada de la Política de Protección de Datos de BBVA Seguros se puede consultar en el siguiente enlace:www.bbvaseguros.com

9. Otros

El Tomador del Seguro y/o el Asegurado autorizan a la Entidad Aseguradora 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 a la Entidad Aseguradora 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.

11. Concurrencia de seguros

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

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

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

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

La Entidad Aseguradora no asumirá ninguna prestación bajo la cobertura asegurada de esta póliza si ello supone una infracción de la normativa española, del Reino Unido, de la Unión Europea, de los Estados Unidos de

América, o en general de las leyes internacionales, reservándose el derecho en los casos que proceda, a dar de baja al asegurado afectado por dicha infracción. Del mismo modo podrá rechazar el alta de un nuevo asegurado, si ello puede llegar a suponer la infracción de alguna de dichas normativas.

13. Cláusula de coaseguro

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

SANITAS S.A. de Seguros	50 %
BBVA SEGUROS S.A. de Seguros y Reaseguros	50 %

Este Coaseguro se establece en una póliza única, extendida por SANITAS S.A. en adelante SANITAS, y que será firmada por el tomador y/o asegurado y por todas las Coaseguradoras, siendo, por tanto, válida íntegramente para todas ellas. En caso de emisión de suplementos o apéndices, SANITAS emitirá un solo documento que será igualmente firmado por todas las Coaseguradoras, con excepción de regularización de prima y aquellos casos que no modifiquen las condiciones económicas contractuales, los cuales serán firmados únicamente por SANITAS en representación de todo el cuadro. Por consiguiente, el Tomador del seguro y/o Asegurado solo firmará los documentos contractuales que hayan sido emitidos por SANITAS S.A.

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

En sus relaciones con el Tomador y/o Asegurado, las Coaseguradoras estarán siempre representadas por SANITAS S.A.,

incluso cuando se trate de declarar, tramitar o liquidar los siniestros que acaecieren. Sólo a SANITAS deberá dirigirse el Tomador y/o Asegurado para comunicarle aquellas contingencias de las que haya de dar cuenta a sus aseguradoras y todas las comunicaciones de éstas al Tomador y/o Asegurados se realizarán a través de la misma.

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

Sin perjuicio de las facultades de SANITAS S.A., cuando la complejidad técnica y la importancia económica del siniestro lo aconseje, a juicio de aquella, consultará a las Coaseguradoras que representen al menos el 50% de participación en el coaseguro.

La representación de SANITAS no se extiende a los posibles procedimientos judiciales o arbitrales que pudieran tener por causa de este contrato, y que se interpongan por el Tomador y/o Asegurado o el perjudicado, por lo que en los mismos deberán ser demandadas, por sus respectivas cuotas, todas las Coaseguradoras, sin perjuicio de que éstas puedan encargar posteriormente a la abridora la dirección de proceso. Cuando el litigio tenga por objeto exclusivo exigir a una o más Coaseguradoras la cuota de indemnización que le corresponde, habiendo sido ya satisfecha por las demás, la demanda se dirigirá exclusivamente contra las compañías deudoras de la prestación.

El presente contrato puede ser resuelto:

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

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

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

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

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

Conforme el cuadro de coaseguro.

Hecho por duplicado en Madrid a 20 de noviembre de 2020
Por Tomador del seguro / Por las Entidades Aseguradoras

Iñaki Peralta
Sanitas, S.A. de Seguros

Eugenio Yurrita
**BBVA Seguros S.A.
de Seguros y Reaseguros**