

SANITAS
BÁSICO
CONDICIONES
GENERALES

CONTENIDOS

CLÁUSULA PRELIMINAR	2
DEFINICIONES	2
I OBJETO DEL SEGURO	5
II RIESGOS EXCLUIDOS	8
III BASES, PÉRDIDAS DE DERECHOS, RESCISIÓN E INDISPUTABILIDAD DEL CONTRATO	10
IV PLAZO DE CARENCIA	11
V DURACIÓN DEL SEGURO	11
VI PRIMAS DEL SEGURO	11
VII OBLIGACIONES Y DEBERES DEL TOMADOR O ASEGURADO	12
VIII DERECHOS DEL TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO	14
IX OBLIGACIONES DEL ASEGURADOR	14
X DUPLICADO DE PÓLIZA	14
XI LIBRO DE RECLAMACIONES	14
XII SUBROGACIÓN	14
XIII PRESCRIPCIÓN	15
XIV COMUNICACIONES	15
XV CONTROL E INSTANCIAS DE RECLAMACIÓN	15
XVI OTROS	16
XVII JURISDICCIÓN	16

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

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

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

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

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

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

*1€ = 166,386 pta.

¿QUÉ SON LAS CONDICIONES GENERALES?

ES EL TEXTO EN EL QUE SE REFLEJAN TODAS LAS OBLIGACIONES Y DERECHOS DE LOS ASEGURADOS Y DE SANITAS.

CLÁUSULA PRELIMINAR

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

DEFINICIONES

A los efectos de este contrato se entiende por:

ACCIDENTE

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

ASEGURADO

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

ASEGURADOR O ENTIDAD ASEGURADORA

"Sanitas, Sociedad Anónima de Seguros", persona jurídica que asume el riesgo contractualmente pactado.

ATENCIÓN ESPECIAL EN DOMICILIO

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

BENEFICIARIO

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

CONSULTA

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

DUE/ ENFERMERO/ ATS

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

ENFERMEDAD

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

ENFERMEDAD CONGÉNITA

Es aquella que existe en el momento del nacimiento, como consecuencia de factores hereditarios o afecciones adquiridas durante la gestación hasta el mismo momento del nacimiento. 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.

ENFERMEDAD PREEXISTENTE

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

HOSPITAL

Todo establecimiento público o privado legalmente autorizado para el tratamiento de enfermedades o lesiones corporales, provisto de los medios para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas. Dicho establecimiento debe estar atendido por un médico las 24 horas del día.

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

HOSPITALIZACIÓN

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

HOSPITALIZACIÓN DE DÍA

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

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

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

LESIÓN

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

MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS

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

MATERIAL ORTOPÉDICO

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

MÉDICO

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

MÉDICO/ CIRUJANO CONSULTOR

Facultativo perteneciente al cuadro médico de la Entidad específicamente designado por la misma para atender casos especiales y a petición razonada de un médico especialista del Asegurador.

ODONTÓLOGO

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

PLAZO DE CARENCIA

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

PLAZO DE DISPUTABILIDAD

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

PÓLIZA

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

PRESTACIÓN

Es la asistencia sanitaria o pago de capital asegurado que se deriva de un siniestro objeto de cobertura por la póliza. Se entiende por asistencia el acto de atender o cuidar la salud de una persona.

PRIMA

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

PRÓTESIS

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

PSICOLOGÍA

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

PUERICULTOR

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

SANITAS 24 HORAS

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

SERVICIOS A DOMICILIO

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

SERVICIOS DE URGENCIA A DOMICILIO

Asistencia en el domicilio del Asegurado en casos de urgencia, prestada por médico generalista y/o ATS.

SINIESTRO

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

TOMADOR DEL SEGURO

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

URGENCIA

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

I. OBJETO DEL SEGURO

Por el presente contrato, el Asegurador asume, en los términos y con los límites que se expresan en las presentes Condiciones Generales, en las Particulares y, en su caso, en las Especiales y Suplementos de Póliza que se emitan, la cobertura a nivel nacional de la asistencia médica que no comporte ingreso en el hospital ni intervención quirúrgica a nivel nacional, según la práctica usual, de las enfermedades o lesiones comprendidas en la descripción de los servicios de la Póliza.

Según dispone el artículo 103 de la Ley de Contrato de Seguro, el Asegurador asume la necesaria asistencia de carácter urgente de acuerdo con lo previsto en las Condiciones de la Póliza.

A) FORMA DE PRESTAR LOS SERVICIOS

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

Los Asegurados podrán acudir libremente a las consultas de los facultativos especialistas que forman parte del cuadro médico de la Entidad. Además, el Asegurador podrá asignar al Asegurado el médico general, o de familia y, en su

caso, pediatra o puericultor, de entre los que figuran en el Cuadro Médico de la Entidad, a fin de adscribirle a sus servicios como médico de cabecera. El Asegurado puede cambiar de médico de cabecera con la simple comunicación al Asegurador, sin que deba aducir motivo alguno.

Al recibir los servicios que procedan, el Asegurado deberá exhibir la tarjeta-Sanitas, así como el último recibo de prima satisfecho, acreditativo de hallarse al corriente en el pago de la misma. Igualmente el Asegurado estará obligado a exhibir su Documento Nacional de Identidad, si le fuese requerido.

Con carácter general, será necesaria la previa autorización expresa del Asegurador para médicos consultores y determinados métodos terapéuticos y pruebas diagnósticas, previa prescripción escrita de los facultativos de la Entidad. El Asegurador otorgará esta autorización, salvo que entendiéndose que se trata de una prestación no cubierta por la Póliza. Dicha autorización vinculará económicamente al Asegurador.

No obstante lo establecido en el párrafo anterior, en los casos de urgencia será suficiente, a estos efectos, la orden del médico del Asegurador, debiendo el Asegurado notificar el hecho a la Entidad y obtener su confirmación dentro de las 72 horas siguientes al ingreso en la institución hospitalaria o a la prestación del servicio asistencial. En estos supuestos de urgencia, el Asegurador quedará vinculado económicamente hasta el momento en que manifieste sus reparos a la orden del médico, en el caso de entender que la póliza no cubre el acto médico.

El Asegurador se obliga a prestar los servicios a domicilio únicamente en la dirección que figura en la Póliza, y cualquier cambio de la misma habrá de ser notificado por carta certificada con una antelación mínima de ocho días al requerimiento de cualquier servicio.

En los casos de desplazamiento temporal a aquellos lugares donde el Asegurador no tuviese oficina propia pero sí cuadro concertado, el Asegurado deberá presentar su tarjeta-Sanitas para solicitar los servicios en las Oficinas de las Entidades concertadas con el Asegurador, aceptando los trámites administrativos de dichas entidades. Cuando necesidades asistenciales de carácter excepcional así lo requieran, el Asegurador podrá remitir o trasladar al Asegurado a centros de carácter público para su tratamiento médico.

B) ASISTENCIA EN MEDIOS NO CONCERTADOS CON EL ASEGURADOR

El Asegurador 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, el Asegurador no se hace responsable de los gastos de internamiento ni de los servicios originados en centros privados o públicos no concertados con el Asegurador, cualquiera que sea el facultativo prescriptor o realizador de los mismos, salvo en lo previsto en el último párrafo del título anterior a) "Forma de prestar los servicios".

En los casos de urgencia, cuyo concepto se define en la presente Póliza, el Asegurador se hará responsable de los gastos médico-asistenciales ocasionados en centros privados, debiendo el Asegurado comunicarlo a través de cualquier medio, en el plazo de las 72 horas siguientes a la prestación de dicha asistencia, con el fin de trasladar al mismo a uno de los centros concertados con el Asegurador, siempre que su situación clínica lo permita. Asimismo, deberá efectuar descripción por escrito del siniestro dentro del plazo máximo de 7 días, de acuerdo con el artículo 16 de la Ley de Contrato de Seguro.

C) DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS

Las diferentes prestaciones de tipo asistencial, en cuya cobertura consiste el objeto del presente contrato son:

1. Medicina Primaria

1.1. Medicina General. Asistencia médica en consultorio, 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 a domicilio cuando por motivos que dependan sólo de la enfermedad que aqueje al Asegurado, el mismo se encuentre impedido de trasladarse al consultorio del médico. En este caso, los avisos para la asistencia domiciliaria deberán ser efectuados por el Asegurado al facultativo telefónicamente entre las 9,00 y las 16,00 horas.

1.2. Pediatría y Puericultura. Comprende la asistencia de niños hasta cumplir los 14 años de edad, en consultorio y a domicilio, la indicación y prescripción de las pruebas y medios diagnósticos básicos (analítica, ecografía y radiología general), aplicándose las mismas normas ya citadas en Medicina General.

1.2.1. Asistencia al Recién Nacido. Comprende la asistencia sanitaria al recién nacido en centros concertados por la Entidad y los gastos derivados de la misma, siempre y cuando el recién nacido esté dado de alta en la Aseguradora.

1.2.2. Programa de Salud Infantil. Comprende la preparación psicoprofiláctica al parto con clases prácticas y teóricas de Puericultura, Psicología, escuela de padres durante el primer año de vida del niño y exámenes de salud al recién nacido, incluyendo pruebas de metabolopatías, audiometría, test de agudeza visual, así como un programa de controles de salud en las edades clave del desarrollo durante los cuatro primeros años.

1.3. Servicio de ATS/DUE. Asistencia en consultorio y a domicilio, éste último caso sólo previa prescripción de un médico de la Entidad y efectuando los avisos en la forma señalada en el apartado 1.1 relativo a la Medicina General.

2. Urgencias

En los casos de urgencias ambulatorias la asistencia sanitaria se prestará en los centros de urgencia permanente que indique la Guía Orientadora de Médicos y Servicios, pudiendo también el Asegurado ponerse en contacto con el servicio telefónico que para este fin aparece en la Guía Orientadora de Médicos y Servicios. En caso justificado, se facilitará el servicio a domicilio por los servicios permanentes de guardia, **únicamente en aquellas poblaciones en las que el Asegurador tenga concertada la prestación de dicho servicio.**

3. Especialidades médicas y pruebas diagnósticas

Quedan cubiertas exclusivamente las consultas médicas en las especialidades que se relacionan a continuación, las pruebas diagnósticas serán realizadas por los servicios que el Asegurador designe y será necesaria la previa prescripción escrita de un médico especialista de la Entidad.

3.1. Alergia e Inmunología. Las autovacunas serán por cuenta del Asegurado.

3.2. Análisis Clínicos.

3.3. Anatomía Patológica.

3.4. Anestesiología y Reanimación.

3.5. Angiología y Cirugía Vascul ar. Sólo consulta.

3.6. Aparato Digestivo. Incluye un programa de prevención del cáncer colorrectal para personas mayores de 40 años, que comprende consulta médica, exploración física, test específico y colonoscopia en caso necesario. En personas menores de 40 años, será necesaria la previa prescripción escrita de un médico de la Entidad Aseguradora.

3.7. Cardiología. Incluye un programa de prevención del riesgo coronario en personas mayores de 40 años, que comprende consulta cardiológica, electrocardiogramas y la realización de la analítica y pruebas complementarias pertinentes. En personas menores de 40 años, será necesaria la previa prescripción escrita de un médico de la Entidad Aseguradora.

3.8. Cirugía Cardiovascular. Sólo consulta.

3.9. Cirugía General y del Aparato Digestivo. Sólo consulta.

3.10. Cirugía Oral y Maxilofacial. Sólo consulta.

3.11. Cirugía Pediátrica. Sólo consulta.

3.12. Cirugía Plástica y Reparadora. Sólo consulta.

3.13. Cirugía Torácica. Sólo consulta.

3.14. Dermatología.

3.15. Diagnóstico por imagen. Cubre las técnicas habituales como radiología general, ecografía, tomografía axial computerizada (T.A.C.), resonancia magnética, angiografía, arteriografía digital y gammagrafía, la densitometría ósea, mamografía. **La tomografía por emisión de positrones se incluye exclusivamente en los casos e indicaciones definidos y aceptados por los Organismos oficiales españoles competentes.** Los medios de contraste serán por cuenta del Asegurador, exclusivamente en las exploraciones realizadas en régimen ambulatorio.

3.16. Endocrinología.

3.17. Geriatría. Queda excluida cualquier asistencia derivada de problemas de tipo social.

3.18. Hematología y Hemoterapia.

3.19. Medicina Interna.

3.20. Medicina Nuclear. Isótopos radioactivos.

3.21. Nefrología.

3.22. Neumología.

3.23. Neurocirugía. Sólo consulta.

3.24. Neurología.

3.25. Ginecología.

3.26. Odontostomatología. Incluye únicamente extracciones, curas estomatológicas derivadas de éstas y limpiezas de boca prescritas por odontólogo de la Entidad.

3.27. Oftalmología.

3.28. Oncología. Comprende el diagnóstico y la planificación del tratamiento por médicos especialistas en Oncología de las enfermedades subsidiarias de esta especialidad, siendo la aplicación del tratamiento a cuenta del Asegurado.

3.29. Otorrinolaringología.

3.30. Psiquiatría.

3.31. Reumatología.

3.32. Traumatología.

3.33. Urología. Sólo consulta.

3.34. Médicos y Cirujanos Consultores. Sólo consulta. Serán designados por la Dirección de la Aseguradora para casos especiales y a petición razonada de un médico especialista de la misma.

4. Métodos Terapéuticos

Serán realizados por los servicios que el Asegurador designe y será necesaria la previa prescripción escrita de un médico especialista de la Entidad.

4.1. Aerosolterapia y Ventiloterapia. Se realizará este servicio para las enfermedades subsidiarias de tales tratamientos. En estos supuestos, los medicamentos serán en todos los casos por cuenta del Asegurado.

4.2. Hemodiálisis. Se prestará este servicio en régimen ambulatorio, exclusivamente para el tratamiento, durante los días precisos, de las insuficiencias renales agudas, quedando expresamente excluidas las afecciones crónicas..

4.3. Litotricia del Aparato Urinario.

4.4. Logofoniatría. Se prestará sólo en relación con procesos orgánicos, hasta un máximo de 6 meses al año.

4.5. Oxigenoterapia. Se incluye la oxigenoterapia ambulante exclusivamente **para aquellos pacientes crónicos que requieran tratamiento con oxígeno durante al menos 16 horas al día.**

4.6. Radioterapia. Superficial y profunda exclusivamente en régimen ambulatorio.

4.7. Rehabilitación. Se prestará, con carácter ambulatorio, exclusivamente para las afecciones del Aparato Locomotor, en los centros designados por la Entidad.

4.8. Tratamiento del Dolor. Exclusivamente en régimen ambulatorio. Quedan incluidos exclusivamente los reservorios implantables (tipo port-a-cath), y expresamente excluidas las bombas implantables para infusión de medicamentos y los electrodos de estimulación medular.

5. Otros Servicios

5.1. Ambulancia. Se prestará este servicio por vía terrestre para el traslado de los enfermos al hospital y viceversa, siempre y cuando los recursos asistenciales concertados no sean suficientes para atender al asegurado en el lugar donde se halle o éste solicite ir a su provincia de residencia. Para solicitar el servicio será necesario el volante de un médico del Asegurador, diligenciado en la oficina del mismo, salvo los casos urgentes, en que no será necesario dicho volante. **Esta prestación no incluye los traslados requeridos para tratamientos de rehabilitación, realización de pruebas diagnosticas ni asistencia a consultas medicas en régimen ambulatorio.**

5.2. Podología (Quiropodia). Limitado a cinco sesiones anuales.

5.3. Atención Especial en Domicilio. Se llevará a cabo por los equipos sanitarios que designe la Entidad Aseguradora, previa prescripción de un médico de la misma, cuando la patología del enfermo requiera cuidados especiales sin llegar a precisar ingreso hospitalario y siempre previa prescripción del médico. No comprende la asistencia a problemas de tipo social.

6.- 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.

7.- PSICOLOGÍA

Se incluye la atención psicológica de carácter individual y temporal, prescrita exclusivamente por un psiquiatra del cuadro médico y cuya finalidad sea el tratamiento de patologías susceptibles de intervención psicológica. Asimismo se

incluye el diagnóstico psicológico simple y los tests psicométricos, con la salvedad de que los formularios serán por cuenta del asegurado. Se excluyen el psicoanálisis, la terapia psicoanalítica, la hipnosis, la narcolepsia y los servicios de rehabilitación psicosocial o neuropsiquiátrica.

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

II. RIESGOS EXCLUIDOS

Quedan excluidos del objeto de este seguro los gastos médicos y/u hospitalarios correspondientes a:

- a) Todas las hospitalizaciones ya sean de carácter médico, quirúrgico, o de cualquier otro tipo, incluidas las de carácter preventivo o social.
- b) Se excluye cualquier tipo de intervención quirúrgica que se realice en consulta, hospital de día o ingreso hospitalario.
- c) Toda clase de enfermedades, defectos o deformaciones preexistentes y/o congénitas, a consecuencia de accidentes o enfermedades ocurridos con anterioridad a la fecha de inclusión de cada Asegurado en la póliza; así como los que puedan derivarse de aquéllos.

El Tomador del Seguro, en su nombre y en nombre de los beneficiarios y/o cada uno de éstos, está obligado a manifestar en el momento de suscribir la propuesta/solicitud de seguro, si padecen o han padecido cualquier tipo de lesiones o enfermedades, especialmente aquéllas de carácter recurrente, congénitas, o que precisen o hubieran precisado estudios, pruebas diagnósticas o tratamientos de cualquier índole; o en el momento de la suscripción padecieran síntomas o signos que pudieran considerarse como el inicio de alguna patología. Manifestándose de esta forma, la afección se considerará como preexistente y/o congénita y, en consecuencia, excluida de las coberturas pactadas en el contrato de seguro. Si hubiera enfermedades preexistentes y/o congénitas, la Entidad se reserva el derecho de aceptar o rechazar la incorporación del solicitante o solicitantes, y en caso de aceptarlo(s), se incluirá la correspondiente cláusula de exclusión a las condiciones particulares de la póliza en lo que se refiere a la prestación de servicios por enfermedades, defectos o deformaciones preexistentes y/o congénitas, presentes con anterioridad a la fecha de inclusión de cada Asegurado en la póliza; así como los que puedan derivarse de aquéllos.

- D) La asistencia sanitaria por enfermedades o lesiones producidas como consecuencia de guerras civiles, internacionales o coloniales, invasiones, insurrecciones, rebeliones, actos de carácter terrorista en cualquiera de sus formas (química, biológica, nuclear, etc.), revoluciones, motines, alzamientos, represiones y maniobras militares, aún en tiempo de paz, y epidemias declaradas oficialmente.
- e) Enfermedades o accidentes que guarden relación directa o indirecta con radiación nuclear o contaminación radiactiva, así como los que provengan de cataclismos como terremotos, inundaciones, erupciones volcánicas y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos, salvo el rayo.
- f) La asistencia sanitaria que exija el tratamiento por enfermedades o accidentes laborales, profesionales y en competiciones deportivas, la derivada de la utilización de vehículos a motor cubierta por el Seguro del Automóvil de Suscripción Obligatoria, así como los gastos derivados de la asistencia sanitaria prestada en centros de la Seguridad Social o centros integrados en el Sistema Nacional de Salud que no estén concertados con el Asegurador, salvo lo previsto en la Cláusula I en el último párrafo del apartado a) del capítulo " Forma de prestar los servicios".
- g) La asistencia sanitaria derivada de alcoholismo crónico, drogadicción, intoxicaciones debidas al abuso del alcohol, de psicofármacos, estupefacientes o alucinógenos, intento de suicidio y autolesiones, así como la asistencia sanitaria por enfermedades o accidentes sufridos por dolo del Asegurado.
- h) Los productos farmacéuticos así como vacunas de todo tipo y productos de parafarmacia.
- i) Quedan expresamente excluidos todos aquellos procedimientos diagnósticos y terapéuticos cuya seguridad y eficacia clínicas no estén debidamente contrastadas científicamente o hayan quedado manifiestamente superadas por otras disponibles. Igualmente, quedan excluidos aquellos procedimientos, de carácter experimental o que no tengan suficientemente probada su contribución eficaz a la prevención, tratamiento o curación de las enfermedades, conservación o mejora de la esperanza de vida, autovalimiento y eliminación o disminución del dolor y el sufrimiento y los que con-

sisten en meras actividades de ocio, descanso, confort o deporte. Los tratamientos en balnearios y curas de reposo.

- j) Queda excluida la homeopatía salvo que se establezca su cobertura por las condiciones particulares de la póliza.
- k) Tratamientos, inclusive la cirugía, encaminados a solventar la esterilidad o infertilidad en ambos sexos (fecundación "in vitro", inseminación artificial, etc.) y la interrupción voluntaria del embarazo, así como las pruebas diagnósticas relacionadas con dicha interrupción. Está excluido el estudio, diagnóstico y tratamiento (inclusive la cirugía) de la impotencia.
- l) La asistencia sanitaria derivada de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.), el SIDA y las enfermedades relacionadas con éste.
- m) Las intervenciones, infiltraciones y tratamientos, así como cualquier otra actuación que tenga un carácter puramente estético o cosmético. Asimismo están excluidos los tratamientos capilares con finalidad estética.
- n) Todo lo relativo a la terapia educativa, tal como la educación del lenguaje en procesos congénitos o la educación especial para enfermos con afección psíquica.
- ñ) Las endodoncias, obturaciones, colocación de prótesis dentales, ortodoncias, periodoncias e implantes, así como otros tratamientos odontológicos distintos a los contemplados en la descripción de los servicios (Cláusula Primera C).
- o) Las prótesis de cualquier clase o naturaleza, el material de osteosíntesis, los materiales biológicos o sintéticos, así como las piezas anatómicas y ortopédicas.
- p) Tratamientos crónicos de diálisis y hemodiálisis.
- q) Los gastos por viaje y desplazamientos salvo la ambulancia en los términos contemplados en la descripción de los servicios (Cláusula Primera C).
- r) Técnicas quirúrgicas o tratamientos terapéuticos que usan el láser.
- s) Las determinaciones del mapa genético, que tienen como finalidad conocer la predisposición del Asegurado o de su descendencia presente o futura a padecer ciertas enfermedades relacionadas con alteraciones genéticas.
- t) Queda excluida cualquier tipo de prueba, tratamiento o asistencia médica relativa al embarazo, parto o puerperio.

III. BASES, PÉRDIDA DE DERECHOS, RESCISIÓN E INDISPUTABILIDAD DEL CONTRATO

1. El presente contrato ha sido concertado sobre las bases de las declaraciones efectuadas por el Tomador del Seguro y el Asegurado en el cuestionario-solicitud del seguro, sobre su estado de salud y profesión habitual.

Dichas declaraciones constituyen la base para la aceptación del riesgo del presente contrato y forman parte integrante del mismo.

2. El Asegurado pierde el derecho a la prestación garantizada:
 - a) Si al cumplimentar el cuestionario el Tomador del Seguro o Asegurado ha sido inexacto o ha omitido dolosamente cualquier circunstancia por él conocida que pueda influir en la valoración del riesgo, el Asegurador podrá rescindir

el contrato durante los treinta días siguientes a la fecha en que haya tenido conocimiento de dicha omisión (Art. 10 de la Ley de Contrato de Seguro).

b) En caso de agravación del riesgo, si el Tomador del Seguro o el Asegurado no lo comunican al Asegurador y han actuado de mala fe (Art. 12 de la Ley de Contrato de Seguro).

c) Cuando el siniestro hubiese sido causado por mala fe del Asegurado (Art. 19 de la Ley de Contrato de Seguro).

3. La póliza será indisputable en cuanto al estado de salud del Asegurado y el Asegurador no podrá negar sus prestaciones alegando la existencia de enfermedades anteriores, una vez transcurrido un (1) año desde la fecha de efecto del presente contrato, salvo que el Tomador del Seguro o el Asegurado hayan actuado dolosamente.

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

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

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

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

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

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

IV. PLAZOS DE CARENANCIA

1. 180 días para el tratamiento de psicología.

V. DURACIÓN DEL SEGURO

1. El seguro se estipula por el periodo de tiempo previsto en las condiciones particulares y, a su vencimiento, de conformidad con el artículo 22 de la Ley de Contrato de Seguro, se prorrogará tácitamente por periodos no superiores a un año. No obstante, cualquiera de las partes podrá oponerse a la prórroga mediante notificación escrita a la otra parte, efectuada con antelación no inferior a dos meses respecto de la fecha de conclusión del periodo en curso.

2. Respecto a cada Asegurado, el seguro se extingue:

a) Por fallecimiento.

b) Si en la Póliza están incluidos familiares que convivan con el Tomador del Seguro, cuando dejen de vivir de manera habitual en el domicilio de este último, lo cual deberá ser comunicado al Asegurador. Si estas personas contratan un

nuevo seguro, antes de transcurrir un mes desde la comunicación anteriormente citada, el Asegurador mantendrá los derechos de antigüedad por ellos adquirida, siempre y cuando suscriban las mismas garantías.

3. Las personas menores de 14 años, sólo podrán incluirse dentro del seguro en el caso de estar igualmente aseguradas la persona o personas que ostenten su patria potestad o tutela, salvo pacto en contrario.
4. Las coberturas contratadas no tomarán efecto mientras no haya sido satisfecho el primer recibo de prima.

VI. PRIMAS DEL SEGURO

1. El Tomador del Seguro, de acuerdo con el artículo 14 de la Ley de Contrato de Seguro, está obligado al pago de la prima, que se realizará mediante domiciliación bancaria salvo que, en condición particular, se acuerde otra cosa.
2. La primera prima será exigible, conforme al artículo 15 de la citada Ley, una vez firmado el contrato. Si no hubiera sido pagada por culpa del Tomador del Seguro, el Asegurador tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago en vía ejecutiva con base en la Póliza, y si no hubiera sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el Asegurador quedará liberado de su obligación, salvo pacto en contrario.
3. En caso de falta de pago de la segunda y sucesivas primas, la garantía del Asegurador queda suspendida un mes después del día de su vencimiento, y si el Asegurador no reclama el pago en el plazo de los seis meses siguientes a dicho vencimiento, se entenderá que el contrato queda extinguido. Si el contrato no hubiera sido resuelto o extinguido conforme a las condiciones anteriores, la garantía vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que Tomador del Seguro pague la prima. En cualquier caso, el Asegurador, cuando el contrato esté en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la prima del periodo en curso.
4. El Asegurador sólo queda obligado por los recibos librados por la Dirección o por sus representantes legalmente autorizados.
5. En cada renovación, la prima anual se determinará de acuerdo con la edad alcanzada y el sexo de cada uno de los Asegurados, aplicando las tarifas que el Asegurador tenga en vigor en la fecha de renovación. El Tomador del Seguro da su conformidad a las variaciones de prima que se produzcan por tal motivo.
6. El Tomador del Seguro, recibida, en su caso, la comunicación del Asegurador relativa a la variación de la cuantía de las primas para la siguiente anualidad, podrá optar entre la prórroga del contrato de seguro y la extinción del mismo al vencimiento del periodo del seguro en curso. En este último caso, el Tomador del Seguro deberá notificar por escrito al Asegurador su voluntad de dar por finalizada a su término la relación contractual. El pago del primer recibo correspondiente a la prima del periodo de prórroga en curso supondrá la aceptación del conjunto de las nuevas condiciones del contrato de seguro.

VII. OBLIGACIONES Y DEBERES DEL TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO

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

- a) Declarar al Asegurador, antes de la conclusión del contrato y de acuerdo con el cuestionario al que éste le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. Quedará exonerado de tal deber si el Asegurador no le somete a cuestionario o cuando, aún haciéndolo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él.

El Asegurador podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al Tomador del Seguro en el plazo de un mes, a contar del conocimiento de la reserva o inexactitud del Tomador del Seguro o Asegurado. Corresponderán al Asegura-

dor, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al periodo en curso en el momento que haga esta declaración.

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

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

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

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

- c)** Comunicar al Asegurador, tan pronto como le sea posible, el cambio de domicilio. Si el cambio de domicilio supone una disminución del riesgo será de aplicación lo dispuesto en el artículo 13 de la Ley de Contrato de Seguro, que dispone: "En tal caso, al finalizar el periodo en curso cubierto por la prima, deberá reducirse el importe de la prima futura en la proporción correspondiente, teniendo derecho el Tomador en caso contrario a la resolución del contrato y a la devolución de la diferencia entre la prima satisfecha y la que le hubiera correspondido pagar, desde el momento de la puesta en conocimiento de la disminución del riesgo". Si por el contrario supone una agravación del riesgo, será de aplicación lo previsto en la letra b) anterior.
- d)** Aminorar las consecuencias del siniestro empleando los medios a su alcance para el pronto restablecimiento. El incumplimiento de este deber con la manifiesta intención de perjudicar o engañar al Asegurador, liberará a éste de toda prestación derivada del siniestro.
- e)** Para la utilización de los servicios prestados por los denominados médicos consultores en el presente contrato, el Asegurado deberá proveerse del oportuno documento vinculativo de asistencia que deberá entregar cuando se le preste algún servicio de esta índole. Estos servicios sólo podrán ser utilizados previa prescripción de un especialista de la Entidad y con la autorización del Asegurador.
- f)** Para la utilización de los servicios que procedan y estén descritos en la Cláusula Primera, el Asegurado deberá presentar su tarjeta-Sanitas, documento personal e intransferible. En caso de pérdida o sustracción de esta tarjeta, el Tomador y/o Asegurado tiene(n) la obligación de comunicarlo al Asegurador en el plazo de cuarenta y ocho horas, procediéndose a emitir una nueva tarjeta y anular la extraviada o sustraída.

Además, el Tomador del Seguro y/o Asegurado se obliga(n) a devolver al Asegurador la(s) tarjeta(s)-Sanitas, en el caso de rescisión, resolución y, en general, de finalización de la relación contractual cualquiera que sea la causa de la misma.

VIII. DERECHOS DEL TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO

- a) Los que se enumeran en la descripción de los servicios que figuran en la letra C) de la Cláusula Primera.
- b) El Tomador del Seguro y/o Asegurado podrá reclamar al Asegurador, en el plazo de un mes desde la entrega de la Póliza, que se subsanen las divergencias existentes entre ésta y la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas, según dispone el artículo 8 de la Ley de Contrato de Seguro.
- c) El Tomador del Seguro o el Asegurado podrá, durante el curso del contrato, poner en conocimiento del Asegurador todas las circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del contrato, lo habría concluido en condiciones más favorables.

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

IX. OBLIGACIONES DEL ASEGURADOR

- a) Además de hacer efectivas las garantías aseguradas, el Asegurador deberá entregar al Tomador del Seguro la Póliza o, en su caso, el documento de cobertura provisional o el que proceda según lo dispuesto en el artículo 5 de la Ley de Contrato de Seguro, así como un ejemplar del cuestionario y demás documentos que haya suscrito el Tomador del Seguro.
- b) El Asegurador entregará al Tomador del Seguro y/o Asegurado la(s) tarjeta(s)-Sanitas, con especificación del teléfono de información de los servicios de urgencias.

X. DUPLICADO DE LA PÓLIZA

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

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

XI. LIBRO DE RECLAMACIONES

En las oficinas del Asegurador existe un libro oficial de reclamaciones para que los Asegurados puedan hacer constar en él las que consideren oportunas.

XII. SUBROGACIÓN

El Asegurado debe facilitar la Subrogación al Asegurador, quien podrá ejercitar los derechos y las acciones que por razón del siniestro correspondieran al Asegurado frente a las personas responsables del mismo.

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

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

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

XIII. PRESCRIPCIÓN

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

XIV. COMUNICACIONES

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

XV. CONTROL E INSTANCIAS DE RECLAMACIÓN

- A. El control de la actividad de la Entidad Aseguradora corresponde al Estado Español, ejerciéndose éste a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía.
- B. En caso de cualquier tipo reclamación sobre el contrato de seguro, el Tomador, Asegurado, Beneficiario, Tercero perjudicado o Derechohabientes de cualquiera de ellos, deberán dirigirse para su resolución:
 1. Al Departamento de Atención al Cliente del Asegurador, -mediante escrito dirigido a la calle Ribera del Loira nº 52 (28042 Madrid) o al fax nº 91 585 24 80 o a la dirección de correo electrónico clientes @ sanitas.es - , quien acusará recibo por escrito y resolverá igualmente mediante escrito motivado en el plazo máximo legal de dos meses desde la fecha de presentación de la reclamación.
 2. Una vez agotada dicha vía interna del Asegurador, o en caso de no estar conformes con la resolución de este, podrán formular su reclamación ante el Defensor del Asegurado designado por el Asegurador en los siguientes casos:

a) Cuando se trate de reclamaciones cuya cuantía no exceda de 21.000 euros y afecten a la interpretación de las Condiciones Generales y Particulares de la póliza.

No podrán someterse al Defensor del Asegurado las reclamaciones que versen sobre la actuación personal o profesional de los médicos, hospitales y servicios médicos en general que presten atención médica a los asegurados.

b) Cuando aún estando fuera de los anteriores supuestos, así lo acepte el Asegurador.

Para reclamar ante el Defensor del Asegurado el reclamante deberá dirigir un escrito al apartado de correos n.º 50.072 (28080 Madrid) exponiendo los motivos de su reclamación. A la vista del mismo, el Defensor acusará recibo por escrito y se declarará o no competente. Si se declara competente, una vez estudiada la reclamación, dictará –dentro del plazo máximo legal de dos meses computados desde la fecha de presentación de la reclamación ante el Asegurador– una resolución motivada que será comunicada por escrito tanto al reclamante como al Asegurador, para quien resultará vinculante.

3. También, podrá iniciar el procedimiento administrativo de reclamación ante el Comisionado para la Defensa del Asegurado y del Partícipe en Planes de Pensiones. Para ello, el reclamante deberá acreditar que ha transcurrido el plazo establecido para la resolución de la reclamación por el Defensor del Asegurado o que ha sido denegada la admisión de la reclamación o desestimada su petición por éste.

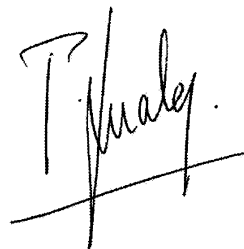
4. En cualquier caso podrá acudir a los Juzgados y Tribunales competentes.

XVI. OTROS

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

XVII. JURISDICCIÓN

Será Juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato del seguro el del domicilio del Asegurado.



EL TOMADOR DEL SEGURO

EL ASEGURADOR