

CONTENIDOS

| | |
|--|----|
| CLÁUSULA PRELIMINAR | 2 |
| DEFINICIONES | 2 |
| I OBJETO DEL SEGURO | 4 |
| II RIESGOS EXCLUIDOS | 4 |
| III BASES DEL CONTRATO | 7 |
| IV PLAZO DE CARENCIA | 7 |
| V TRAMITACIÓN EN CASO DE SINIESTRO | 8 |
| VI REEMBOLSO DE GASTOS | 9 |
| VII DURACIÓN DEL SEGURO | 9 |
| VIII PRIMAS DEL SEGURO | 9 |
| IX OTRAS OBLIGACIONES Y DEBERES DEL TOMADOR O ASEGURADO | 10 |
| X DERECHOS DEL TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO | 11 |
| XI OTRAS OBLIGACIONES DEL ASEGURADOR | 11 |
| XII CONTROVERSIAS | 11 |
| XIII DUPLICADO DE PÓLIZA | 12 |
| XIV SUBROGACIÓN | 12 |
| XV PRESCRIPCIÓN | 13 |
| XVI COMUNICACIONES | 13 |
| XVII CONTROL E INSTANCIAS DE RECLAMACIÓN | 13 |
| XVIII OTROS | 14 |
| XIX JURISDICCIÓN | 14 |

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

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

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

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

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

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

*1€ = 166,386 pta.

CLÁUSULA PRELIMINAR

El presente contrato se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de octubre de Contrato de Seguro, por la Ley 30/95 de 8 de noviembre, de Ordenación y Supervisión de los 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.

BENEFICIARIO

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

CONSULTA

Relación en la que paciente y facultativo mantienen un contacto directo, en el mismo espacio y tiempo, siendo necesaria la presencia física de ambos.

DUE/ENFERMERO/ATS

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

ENFERMEDAD

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

ENFERMEDAD PREEXISTENTE

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

HABITACIÓN CONVENCIONAL

Habitación de una sola estancia o habitáculo, dotada de instalaciones sanitarias de vacío y oxígeno. No se entienden como convencionales las suites o habitaciones con antesala.

HOSPITAL

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

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

HOSPITALIZACIÓN

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

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.

ODONTOLOGÍA

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 comunitarias.

PLAZO DE CARENCIA

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

PLAZO DE DISPUTABILIDAD

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

PÓLIZA

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

PRESTACIÓN

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

PRIMA

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

SINIESTRO

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

SUMA ASEGURADA

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

TOMADOR DEL SEGURO

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

URGENCIA

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

I. OBJETO DEL SEGURO

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

GARANTÍA A: ASISTENCIA HOSPITALARIA

Comprende el reembolso total hasta el límite indicado en las condiciones particulares por parte del Asegurador de los gastos correspondientes exclusivamente a la asistencia médica y/o quirúrgica prestada al Asegurado como consecuencia del internamiento del mismo como paciente en un hospital.

Quedan incluidos dentro de esta garantía los gastos originados por intervención quirúrgica (honorarios de cirujano y sus ayudantes, anestesista, utilización de quirófano, material y medicamentos), estancias en U.V.I. o U.C.I., así como los gastos de hospitalización que incluyan manutención y habitación convencional.

Para tener derecho al reembolso por parte del Asegurador, de los gastos citados en los dos párrafos anteriores, a efectos de la presente Póliza, será necesario que dicho internamiento haya sido prescrito por un médico.

GARANTÍA B: ASISTENCIA EXTRAHOSPITALARIA

Comprende el reembolso total hasta el límite indicado en las condiciones particulares por parte del Asegurador de los gastos correspondientes a consultas médicas presenciales y servicios de urgencia. También quedan incluidos los gastos originados por urgencia odontológica, hasta el límite fijado expresamente en las condiciones particulares de la póliza.

Igualmente comprende el reembolso total hasta el límite indicado en las condiciones particulares por parte del Asegurador de los gastos correspondientes a pruebas diagnósticas, métodos terapéuticos y cirugía de día que le sean practicados al Asegurado por prescripción de un médico.

II. RIESGOS EXCLUIDOS

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

1. **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 aquellos.**

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

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

2. **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.**
3. **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.**
4. **La asistencia sanitaria resultante de accidentes laborales, accidentes y enfermedades profesionales, así como la derivada de la utilización de vehículos de motor, cubierta por el Seguro del Automóvil de Suscripción Obligatoria, salvo que se incluya expresamente en Condiciones Particulares.**
5. **La asistencia sanitaria derivada de alcoholismo crónico, drogadicción, intoxicaciones debidas al abuso del alcohol, de psicofármacos, estupefacientes o alucinógenos, intento de suicidio y autolesiones, así como la asistencia sanitaria por enfermedades o accidentes sufridos por dolo del Asegurado. No obstante, se prestará la asistencia de urgencia.**
6. **Los productos farmacéuticos fuera de los centros hospitalarios, así como vacunas de todo tipo, y productos de parafarmacia.**
7. **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 (medicinas alternativas, naturopatía, homeopatía, acupuntura, mesoterapia, hidroterapia, magnetoterapia, presoterapia, ozonoterapia, etc.), conservación o mejora de la esperanza de vida, autovalimiento y eliminación o disminución del dolor y el sufrimiento y los que consisten en meras actividades de ocio, descanso, confort o deporte (incluida la natación). Los tratamientos en balnearios y curas de reposo.**
8. **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.**
9. **Los trasplantes de órganos, tejidos, células o componentes celulares.**

- 10. La asistencia sanitaria por enfermedades o lesiones producidas practicando como aficionado, boxeo, rugby, torero, en pruebas de velocidad o resistencia con vehículos a motor, incluso entrenamientos, bobsleigh, deportes aéreos en general (paracaidismo, ascensiones en globo, ala-delta, ultraligeros, planeadores y similares), esgrima, así como la práctica de deportes realizada profesionalmente y el esquí de competición, salvo pacto en contrario.**
- 11. La asistencia sanitaria por el SIDA y/o las enfermedades causadas por el virus de inmunodeficiencia adquirida (V.I.H.) y las asociadas a éste.**
- 12. 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.**
- 13. Los exámenes médicos generales de carácter preventivo, salvo pacto expreso en contrario en las Condiciones Particulares.**
- 14. Todo lo relativo a las enfermedades mentales, psiquiatría, psicología, psicoanálisis, hipnosis, psicoterapia individual o de grupo, test psicológicos, narcolepsia y cura de sueño, etc. Asimismo, la terapia educativa, tal como la educación del lenguaje en procesos congénitos o la educación especial en enfermos con afección psíquica.**
- 15. Las consultas odontológicas y extracciones, curas estomatológicas y limpieza de boca, las endodoncias, empastes y obturaciones, colocación de prótesis dentales, ortodoncias, periodoncias e implantes, excepto la odontología de urgencia contemplada en la Garantía B de la Cláusula Primera.**
- 16. Las prótesis de cualquier clase o naturaleza.**
- 17. Tratamientos crónicos de diálisis y hemodiálisis.**
- 18. Las técnicas quirúrgicas o tratamientos terapéuticos que usan el láser.**
- 19. 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.**
- 20. 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.**
- 21. Los gastos por viaje y desplazamientos.**
- 22. Los gastos relativos a la asistencia médica y/o quirúrgica en régimen hospitalario debida a embarazo, parto o puerperio, así como los gastos correspondientes que precisa el recién nacido desde el momento de su nacimiento.**
- 23. Los gastos correspondientes a consultas médicas y servicios de urgencia a domicilio.**
- 24. Los gastos relativos a la obstetricia, la pediatría y la puericultura.**
- 25. Los gastos relativos a la geriatría.**
- 26. Los gastos correspondientes a cualquier tipo de rehabilitación, como la prestada para las afecciones del aparato locomotor, la rehabilitación postquirúrgica, la rehabilitación respiratoria y la rehabilitación cardiaca.**
- 27. Los gastos originados por el uso de servicio de ambulancia por vía terrestre, área o marítima.**
- 28. Los gastos originados por tratamientos de quimioterapia, radioterapia, cobaltoterapia, acelerador lineal de partículas, podología y logofoniatría.**
- 29. Los gastos originados por consultas o intervenciones de oncología, cirugía plástica y reparadora, o trasplantes autólogos de médula osea.**
- 30. Cualquier tipo de asistencia hospitalaria o extrahospitalaria en territorio español.**

III. BASES DEL CONTRATO

1. El presente contrato ha sido concertado sobre las bases de las declaraciones efectuadas por el Tomador del Seguro y el Asegurado en el Cuestionario-Solicitud del Seguro, sobre estado de salud, profesión habitual y prácticas de deportes del Asegurado. Dichas declaraciones constituyen la base para la aceptación del riesgo del presente contrato y forman parte integrante del mismo.
2. Si el Tomador del Seguro o Asegurado ha omitido dolosamente o no cualquier circunstancia por él conocida que pueda influir en la valoración del riesgo, el Asegurador podrá rescindir el contrato durante los treinta días siguientes a la fecha en que haya tenido conocimiento de dicha omisión.
3. La Póliza será indisputable transcurrido un (1) año desde la fecha de efecto del presente contrato, salvo que el Tomador del Seguro o el Asegurado hayan actuado dolosamente.
4. En el supuesto de indicación inexacta de la fecha de nacimiento del Asegurado, el Asegurador sólo podrá impugnar el contrato si la verdadera edad del Asegurado, en el momento de la entrada en vigor del contrato, excede de los límites de admisión establecidos por aquél.

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

Si por el contrario la prima pagada es superior a la que debería haberse abonado, el Asegurador estará obligado a 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. PLAZO DE CARENCIA

Todas las garantías del presente contrato entrarán en vigor una vez haya tomado efecto el mismo.

No obstante se exceptúa del indicado principio general la asistencia médica, quirúrgica y/u hospitalaria en los supuestos que a continuación se detallan, respecto de los cuales será necesario que hayan transcurrido los respectivos plazos de carencia que igualmente se especifican seguidamente:

GARANTÍA A: ASISTENCIA HOSPITALARIA:

1. **90 días para las intervenciones quirúrgicas y hospitalizaciones.**

GARANTÍA B: ASISTENCIA EXTRAHOSPITALARIA:

90 días para los servicios de scanner, resonancia magnética, medicina nuclear, densitometría ósea, litotricia, arteriografía digital, radioneurocirugía e hipertermia prostática y anatomía patológica.

V. TRAMITACIÓN EN CASO DE SINIESTRO

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

- 1.** El Asegurado o cualquier persona en su nombre deberá comunicar el siniestro al Asegurador dentro de los siguientes plazos:
 - (a)** En el caso de intervención quirúrgica o internamiento hospitalario programados, dentro de los siete (7) días laborales inmediatamente anteriores a la fecha de dicha intervención quirúrgica o internamiento hospitalario.
 - (b)** Los plazos anteriormente señalados se entenderán sin perjuicio de lo establecido en el artículo 16 de la Ley de Contrato de Seguro, que dispone: "El Tomador del Seguro o el Asegurado o el Beneficiario deberán comunicar al Asegurador el acaecimiento del siniestro dentro del plazo máximo de siete (7) días de haberlo conocido, salvo que se haya fijado en la Póliza un plazo más amplio".
- 2.** En los casos de intervenciones quirúrgicas, hospitalizaciones, pruebas diagnósticas y métodos terapéuticos, junto con la comunicación de enfermedad o accidente, el Tomador del Seguro o Asegurado enviará al Asegurador informe médico en el que se especifique/n el/los diagnóstico/s y naturaleza de la/s enfermedad/es, así como, en su caso, el centro asistencial, fecha de ingreso, duración probable del tratamiento y tipo de éste.
- 3.** El Asegurado deberá, además, seguir fielmente todas las prescripciones del médico encargado de la curación y deberá dar al Asegurador toda clase de informaciones sobre las circunstancias o consecuencias del siniestro.
- 4.** El Tomador del Seguro o el Asegurado o sus familiares deberán permitir que médicos designados por el Asegurador visiten al Asegurado tantas veces como el Asegurador lo estime oportuno, así como cualquier averiguación o comprobación que el Asegurador considere necesaria sobre su estado de salud.
- 5.** En caso de hospitalización, una vez finalizada ésta, el Tomador del Seguro o el Asegurado comunicará tal circunstancia al Asegurador con indicación del periodo de duración del internamiento.
- 6.** El Tomador del Seguro o, en su caso, el Asegurado deberá presentar al Asegurador la siguiente documentación:
 - 6.1.** Impreso de solicitud de reembolso, debidamente cumplimentado.
 - 6.2.** Justificante/s o factura/s original/es, de los gastos realmente incurridos por el Asegurado, debidamente desglosados, por cada uno de los conceptos incluidos en la/s factura/s en donde se refleje/n:
 - a/** La persona a la que se ha realizado la asistencia médica y/u hospitalaria.
 - b/** La naturaleza del acto o actos médico/s realizado/s (consulta, pruebas diagnósticas, métodos terapéuticos, intervenciones quirúrgicas, etc.) y su/s fecha/s e importes.
 - c/** Identificación de la persona física o jurídica que ha prestado la asistencia (médico, ATS o DUE, clínica u hospital, etc.), haciéndose constar, en su caso, los apellidos, nombre o razón social, domicilio, número de colegiado y número de identificación fiscal (N.I.F.).
 - 6.3.** Justificación o acreditación original del pago de la/s factura/s por parte del Asegurado.
 - 6.4.** Prescripciones médicas originales de los servicios médicos y/u hospitalarios recibidos por el Asegurado.
 - 6.5.** Informe médico original explicativo de los servicios médicos y/u hospitalarios prestados al Asegurado, del proceso de la enfermedad y su evolución, así como el informe de alta médica u hospitalaria, con indicación, en su caso, de la necesidad de continuidad asistencial.

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

VI. REEMBOLSO DE GASTOS

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

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

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

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

La valoración de los gastos o de la cantidad a reembolsar por el Asegurador se realizará en cuenta bancaria domiciliada en España en euros al cambio oficial comprador del mercado de divisas que, en la fecha de abono por el Tomador del Seguro o Asegurado de la factura de gastos médicos y/u hospitalarios de cuyo reembolso se trate, tuviere la moneda en que dicho Tomador del Seguro o Asegurado hubiere efectuado el pago por la asistencia recibida. Si el Tomador o Asegurado lo desea, se podrá transferir la cantidad objeto de reembolso, a una cuenta corriente bancaria del país de residencia del Asegurado. En ese caso, se descontará de dicha cantidad, los gastos que por cualquier concepto ocasione la transferencia. Además, de existir en dicho país otra moneda distinta al Euro, se aplicará el tipo de cambio comprador en la fecha de la transferencia.

Toda la documentación presentada por el Asegurado deberá estar traducida al idioma español, cuyos gastos de traducción correrán a su cargo.

VII. DURACIÓN DEL SEGURO

1. El seguro se estipula por el período de tiempo previsto en las Condiciones Particulares y, a su vencimiento, de conformidad con el artículo 22 de la Ley del Contrato de Seguro, se prorrogará tácitamente por períodos no superiores a un año. No obstante, cualquiera de las partes podrá oponerse a la prórroga mediante notificación escrita a la otra parte, efectuada con antelación no inferior a dos meses respecto de la fecha de conclusión del período en curso.
2. Tan sólo podrán incluirse en concepto de Asegurados en la póliza quienes a la fecha de inclusión, tenga una edad comprendida entre los 14 y los 30 años.
3. El Asegurado o Asegurados causarán automáticamente baja en el seguro al finalizar la anualidad del seguro en que cada asegurado cumpla 30 años de edad, salvo pacto en contrario.
4. Respecto a cada Asegurado, el seguro se extingue por fallecimiento del mismo.
5. Las garantías contratadas no tomarán efecto mientras no haya sido satisfecho el primer recibo de prima.

VIII. PRIMAS DEL SEGURO

1. El Tomador del Seguro, de acuerdo con el artículo 14 de la Ley del Contrato de Seguro, está obligado al pago de la prima, que se realizará mediante domiciliación bancaria salvo que, en Condiciones Particulares, se acuerde otra cosa.

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

IX. OTRAS OBLIGACIONES Y DEBERES DEL TOMADOR O ASEGURADO

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

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

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

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

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

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

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

- C** Comunicar al Asegurador, tan pronto como le sea posible, las altas (cumplimentando la correspondiente solicitud-cuestionario de salud) de Asegurados que se produjeran durante la vigencia del presente contrato, tomando efecto las mismas el día primero del mes siguiente a la fecha de notificación efectuada por el Tomador del Seguro, adaptándose la prima a la nueva situación.
- 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** Comunicar al Asegurador, según lo dispuesto en el artículo 101 y el artículo 106 de la Ley de Contrato de Seguro, la existencia de cualquier otro seguro de enfermedad que se refiera a las personas aseguradas por esta Póliza.

X. DERECHOS DEL TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO

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

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

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

XI. OTRAS OBLIGACIONES DEL ASEGURADOR

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

XII. CONTROVERSIAS

- 1.** En caso de desacuerdo sobre la naturaleza de la enfermedad y/o el importe del reembolso, cada parte designará un Perito, debiendo constar por escrito la aceptación de éstos. Si una de las partes no hubiera hecho la designación, estará obligada a realizarla en los ocho días siguientes a la fecha en que sea requerida por la que hubiere designado el suyo, y de no hacerlo en este último plazo se entenderá que acepta el dictamen que emita el Perito de la otra parte, quedando vinculada por el mismo.

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

XIII. DUPLICADO DE PÓLIZA

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

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

XIV. SUBROGACIÓN

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

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

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

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

XV. PRESCRIPCIÓN

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

XVI. COMUNICACIONES

1. Las comunicaciones al Asegurador por parte del Tomador del Seguro, del Asegurado o Beneficiario se realizarán en el domicilio social de aquél señalado en la Póliza.
2. Las comunicaciones del Asegurador al Tomador del Seguro, al Asegurado o Beneficiario, se realizarán en el domicilio de los mismos, recogido en la Póliza, salvo que hubiesen notificado el cambio de su domicilio al Asegurador.
3. Las comunicaciones que efectúe el Tomador del Seguro al agente de seguros 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 al corredor de seguros no se entenderá realizado al Asegurador, salvo que, a cambio, el agente o el corredor entregue al Tomador del Seguro el recibo de prima de dicho Asegurador.

XVII. 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.

XVIII. 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.

XIX. 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