

**SANITAS
ORO**

**CONDICIONES
GENERALES**

CONTENIDOS

CLÁUSULA PRELIMINAR	2
DEFINICIONES	2
I OBJETO DEL SEGURO	5
II RIESGOS EXCLUIDOS	11
III BASES, PÉRDIDAS DE DERECHOS, RESCISIÓN E INDISPUTABILIDAD DEL CONTRATO	13
IV PLAZOS DE CARENCIA	14
V DURACIÓN DEL SEGURO	15
VI PRIMAS DEL SEGURO	15
VII OBLIGACIONES Y DEBERES DEL TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO	16
VIII DERECHOS DEL TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO	17
IX OBLIGACIONES DEL ASEGURADOR	17
X DUPLICADO DE LA PÓLIZA	18
XI LIBRO DE RECLAMACIONES	18
XII SUBROGACIÓN	18
XIII PRESCRIPCIÓN	18
XIV COMUNICACIONES	18
XV CONTROL E INSTANCIAS DE RECLAMACIÓN	19
XVI OTROS	20
XVII JURISDICCIÓN	20

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

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

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

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

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

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

*1€ = 166,386 pta.

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

BENEFICIARIO

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

CONSULTA

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

DUE/ ENFERMERO/ ATS

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

EQUIPO MULTIESPECIALIDAD

Es un equipo de especialistas médicos conformado por las especialidades médicas más usuales en el tratamiento a personas mayores de 60 años, dirigidos por el Médico Asesor de Salud, que proporcionan una asistencia coordinada al Asegurado.

HABITACIÓN CONVENCIONAL

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

HOSPITAL

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

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

HOSPITALIZACIÓN

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

HOSPITALIZACIÓN DE DÍA

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

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

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

LESIÓN

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

MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS

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

MATERIAL ORTOPÉDICO

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

MÉDICO

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

MÉDICO ASESOR DE SALUD

Facultativo con experiencia en el tratamiento de personas mayores (geriatra, internista o gerontólogo) que coordina la asistencia prestada y se ocupa del control y seguimiento de la salud del Asegurado.

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

PRIMA

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

PRÓTESIS

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

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 asistencia médica y quirúrgica a nivel nacional, según la práctica usual, tanto en régimen ambulatorio como hospitalario 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 cuente con cuadros médicos concertados específicos para Sanitas Oro. Cuando el asegurado se desplace a localidades sin cuadro específico, la asistencia se le prestará a través del cuadro médico general del Asegurador y si en cualquiera de las poblaciones no existe alguno de los servicios comprendidos en el contrato, estos serán facilitados en la provincia donde los mismos puedan realizarse, a elección del Asegurado.

Sanitas facilitará al asegurado la tarjeta de Sanitas Oro que deberá exhibir al recibir los servicios que procedan.

Igualmente el Asegurado deberá mostrar si se le requiere, el último recibo de prima satisfecho, acreditativo de hallarse al corriente en el pago de la misma y su Documento Nacional de Identidad, si le fuese(n) requerido(s).

1. Asistencia en localidades con cuadro médico Sanitas Oro.

Se prestará, exclusivamente, a través de los facultativos y centros designados especialmente por el Asegurador para la Póliza Sanitas Oro. Dichos facultativos están organizados en equipos multidisciplinares dirigidos por un Médico Asesor de Salud.

Las primeras consultas de las especialidades indicadas a continuación son de libre acceso para los asegurados de Sanitas Oro: Medicina General, Ginecología, Odontología, Oftalmología, Traumatología y Cirugía Ortopédica, Otorrinolaringología y Urología.

Para acceder a las primeras consultas del resto de especialidades, será necesaria la previa prescripción documentada del Médico Asesor de Salud o de alguno de los especialistas de acceso directo.

Con carácter general, será necesaria la previa prescripción documentada del Médico Asesor de Salud, para las consultas de todas las especialidades salvo que en Condiciones Particulares se indique otra cosa.

Asimismo, será necesaria la previa prescripción de un facultativo de los designados especialmente por el Asegurador para la presente Póliza, para todas las pruebas diagnósticas, métodos terapéuticos, intervenciones quirúrgicas, hospitalizaciones, prótesis y atención especial en domicilio.

Además, se necesitará la previa autorización expresa del Asegurador para intervenciones quirúrgicas, hospitalizaciones, prótesis, atención especial a domicilio, médicos y cirujanos consultores y determinados métodos terapéuticos y pruebas diagnósticas. 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 designado especialmente por el Asegurador para la presente Póliza 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 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 o la hospitalización.

2. Asistencia en localidades sin cuadro médico Sanitas Oro.

Se cubrirá la asistencia médica programada en el cuadro médico general de la Compañía, en el caso de desplazamientos temporales a localidades sin cuadro específico para la Póliza Sanitas Oro inferiores a un total de tres meses anuales. Se exceptúan de la cobertura los ingresos hospitalarios programados, las intervenciones quirúrgicas programadas de cualquier naturaleza, las prótesis en intervenciones programadas y la Medicina Preventiva. Para ello, el Asegurado deberá comunicarlo al Asegurador y obtener en las oficinas de su localidad un "Documento de Autorización Temporal por Desplazamiento".

Con carácter general, será necesaria la previa prescripción escrita de un facultativo de la Entidad para todas las pruebas diagnósticas, métodos terapéuticos y médicos y cirujanos consultores. Además, se necesitará la previa autorización expresa del Asegurador para los médicos y cirujanos consultores y determinados métodos terapéuticos y pruebas diagnósticas. 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.

En caso de **asistencia de urgencia**, el Asegurado deberá 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 o la hospitalización.

La asistencia en localidades sin Cuadro Médico de la Póliza Sanitas Oro será prestada en todas aquellas 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, siempre y cuando se encuentren localizados en una provincia sin cuadro médico Sanitas Oro.

El Asegurador se obliga a prestar cualesquiera de los servicios a domicilio **únicamente en la dirección que figura en la Póliza, y en aquellos Municipios donde el Asegurador cuente con médicos de cabecera y**

A.T.S./D.U.E. designados especialmente para esta póliza. Cualquier cambio en la dirección que figura en póliza, habrá de ser notificado por carta certificada con una antelación mínima de ocho días al requerimiento de cualquier servicio.

B) ASISTENCIA EN MEDIOS NO CONCERTADOS CON EL ASEGURADOR

1. Asistencia en localidades con cuadro médico Sanitas Oro.

El Asegurador no se hace responsable de los honorarios de **facultativos no concertados específicamente para la presente Póliza Sanitas Oro**, ni de los gastos de internamiento y de servicios que dichos facultativos pudieran ordenar. Asimismo, el Asegurador no se hace responsable de los gastos de internamiento ni de los servicios originados en centros privados o públicos que no estén concertados específicamente para la presente Póliza, cualquiera que sea el facultativo prescriptor o realizador de los mismos.

2. Asistencia en localidades sin cuadro médico Sanitas Oro.

El Asegurador no se hace responsable de los honorarios de **facultativos ajenos al cuadro médico general del Asegurador**, 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.

Con carácter general, 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 72 horas siguientes a la prestación de dicha asistencia, con el fin de trasladar al mismo a uno de los centros designados por 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, que son el objeto del presente contrato y cuya cobertura se llevará a cabo en la forma y con las especificaciones descritas en las cláusulas A) y B) anteriores, son las siguientes:

1. Equipo Multiespecialidad

Cada equipo Multiespecialidad está formado por:

Un Médico Asesor de Salud (M.A.S.), que puede ser Geriatra, gerontólogo o Internista y cuya función es el control y seguimiento integral de la salud del Asegurado.

Además el M.A.S. se ocupa de la dirección y coordinación de los especialistas que forman parte del equipo Multiespecialidad y que proporcionarán al Asegurado la asistencia médica y quirúrgica en las especialidades indicadas a continuación:

1.1. Angiología y Cirugía vascular.

1.2. Aparato digestivo. Incluye un Programa de Prevención de Cáncer de Colorrectal, que comprende consulta médica, exploración física, test específico y colonoscopia en caso preciso. Dicho programa preventivo sólo podrá ser prescrito por el Médico Asesor de Salud.

1.3. Cardiología. Incluye un Programa de Prevención del Riesgo Coronario, que comprende consulta cardiológica, electrocardiogramas y la realización de la analítica y pruebas complementarias pertinentes.

Dicho programa preventivo, sólo podrá ser prescrito por el Médico Asesor de Salud.

1.4. Cirugía General y Aparato Digestivo. Incluye la vía laparoscópica exclusivamente para la colecistectomía, apendicectomía, hernia inguinal y hernia de hiato realizadas por los profesionales especialmente acreditados por la Entidad para éstas.

1.5. Dermatología.

1.6. Endocrinología.

1.7. Geriatría. Queda excluido cualquier internamiento o asistencia derivados de problemas de tipo social.

1.8. Ginecología. Comprende el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de la mujer, así como el tratamiento de sus posibles complicaciones. Asimismo, están incluidas las intervenciones ginecológicas realizadas por vía laparoscópica, que serán efectuadas por los profesionales especialmente acreditados por el Asegurador para éstas.

1.9. Medicina Interna.

1.10. Neumología.

1.11. Neurología.

1.12. Odontología. Incluye únicamente extracciones, curas estomatológicas derivadas de éstas y limpiezas de boca prescritas por odontólogo del cuadro médico de la Póliza Sanitas Oro.

1.13. Oftalmología. Incluye la Cirugía General Oftálmica, la fotocoagulación con láser y el trasplante de córnea. La córnea a trasplantar será de cuenta del Asegurado. Se incluyen los procedimientos de optometría, siempre y cuando vayan acompañados de la prescripción de un oftalmólogo del cuadro médico de la Póliza Sanitas Oro.

1.14. Oncología. Incluye trasplantes autólogos de médula ósea o de células progenitoras de sangre periférica, exclusivamente para tratamientos de tumores de estirpe hematológica. Quedan incluidos los reservorios implantables de perfusión endovenosa utilizados en quimioterapia.

1.15. Otorrinolaringología.

1.16. Reumatología.

1.17. Traumatología y Cirugía Ortopédica. Incluye la cirugía artroscópica, cirugía de la mano, nucleotomía percutánea y quimionucleolisis, así como los injertos óseos de materiales biológicos.

1.18. Urología.

2. Red de consultores

Es una red compuesta por los especialistas no incluidos en los Equipos Multiespecialidad y coordinados con éstos. Para acceder a los mismos será necesaria la previa prescripción del M.A.S o de cualquiera de los especialistas de los Equipos Multiespecialidad. Los facultativos que componen esta red son comunes a todos los equipos Multiespecialidad de cada localidad y facilitarán al Asegurado la asistencia médica quirúrgica en las siguientes especialidades:

2.1. Alergología e Inmunología. Las autovacunas serán por cuenta de Asegurado.

2.2. Cirugía Cardiovascular.

2.3. Cirugía Oral y Maxilofacial.

2.4. Cirugía Plástica y Reparadora.

2.5. Cirugía Torácica.

2.6. Hematología y Hemoterapia.

2.7. Neurocirugía.

2.8. Oncología. Comprende el diagnóstico, la planificación y el tratamiento de las enfermedades subsidiarias de esta especialidad. Incluye trasplantes autólogos de médula ósea o de células progenitoras (stem cell) periféricas autólogas, **exclusivamente para tratamientos oncológicos de tumores de estirpe hematológica.**

2.9. Psiquiatría.

2.10. Otros médicos y cirujanos. Serán designados por la Aseguradora para casos especiales y a petición razonada de un médico especialista concertado por ésta para la presente Póliza.

3. Medicina Primaria

3.1. 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.

En los casos urgentes el Asegurado deberá acudir a los servicios permanentes de urgencia que tiene establecidos la Entidad Aseguradora para la presente Póliza, o bien ponerse en contacto con el servicio telefónico que para este fin aparece en la Guía Orientadora de Médicos y Servicios de Sanitas Oro.

3.2. Servicio de A.T.S./D.U.E. Asistencia en consultorio y a domicilio, en éste último caso previa prescripción de un médico del cuadro específico de Sanitas Oro y efectuando los avisos en la forma señalada en el apartado 3.1 relativo a Medicina General.

4. Métodos de diagnóstico

Serán realizados, asimismo, por los servicios que el Asegurador designe para la presente Póliza y será necesaria la previa prescripción escrita de un médico especialista del Asegurador.

4.1. Análisis Clínicos.

4.2. Anatomía Patológica.

4.3. Medicina Nuclear. Isótopos radiactivos

4.4. Radiodiagnóstico. Cubre las técnicas habituales de diagnóstico por imagen como radiología general, ecografía, tomografía axial computerizada (T.A.C.), resonancia magnética nuclear (R.M.N.), angiografía, arteriografía digital y gammagrafía, así como la densitometría ósea y mamografía. Los medios de contraste serán por cuenta del Asegurador.

4.5. Radiología intervencionista o invasiva.

5. Métodos Terapéuticos

Serán realizados, asimismo, por los servicios que el Asegurador designe para la presente Póliza y será necesaria la previa prescripción escrita de un médico especialista de la Entidad Aseguradora.

5.1. Aerosolterapia y Ventiloterapia. Los medicamentos serán en todos los casos por cuenta del Asegurado.

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

5.3. Litotricia del aparato urinario.

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

5.5. Oxigenoterapia. Tanto en supuestos de ingreso en institución hospitalaria como a domicilio. Se incluye la oxigenoterapia ambulante exclusivamente **para aquellos pacientes que requieran tratamiento con oxígeno durante al menos 16 horas al día.**

5.6. Quimioterapia. La Entidad proporcionará la medicación antitumoral que pueda precisar el enfermo, en tantos ciclos como sean necesarios. La prescripción de dicha medicación deberá ser siempre realizada por el médico especialista en Oncología que esté encargado de la asistencia al enfermo.

Los tratamientos serán de cuenta de la Entidad, siempre que se apliquen en centro asistencial, tanto en régimen ambulatorio como en ingreso, cuando el internamiento se hiciera necesario, y siendo en todos los casos el médico especialista encargado de la asistencia quien dispondrá la forma y tratamientos a realizar.

En estos tratamientos, el Asegurador, por lo que se refiere a los medicamentos, sólo correrá con los gastos correspondientes a los productos farmacéuticos específicamente citostáticos que se expendan en el mercado nacional y estén debidamente autorizados por el Ministerio de Sanidad en las indicaciones que figuran en la Ficha Técnica del producto.

Quedan igualmente incluidos los reservorios implantables de perfusión endovenosa utilizados en quimioterapia.

5.7. Radioterapia. Incluye el tratamiento con acelerador lineal y la radioneurocirugía en las indicaciones en las que esta técnica esté expresamente indicada y su eficacia comparativa con procedimientos alternativos esté plenamente justificada.

5.8. Rehabilitación. Se prestará, con carácter ambulatorio exclusivamente para las afecciones del aparato locomotor, en los centros designados por la entidad. En régimen hospitalario, queda cubierta la rehabilitación postquirúrgica para la recuperación del aparato locomotor secundaria a una cirugía ortopédica y la rehabilitación cardíaca para la recuperación postcirugías con circulación extracorpórea.

5.9. Tratamiento del dolor. Quedan incluidos los reservorios implantables utilizados para el Tratamiento del dolor.

6. Urgencias

Comprende la asistencia sanitaria en casos de urgencia que se prestará en los centros de urgencia permanente que indique la Guía Orientadora de Médicos y Servicios de la Póliza Sanitas Oro. En caso justificado, se facilitará el servicio a domicilio por los servicios de A.T.S./D.U.E. y médico de cabecera de guardia, **únicamente en aquellas poblaciones en las que el Asegurador tenga concertada la prestación de dicho servicio.**

7. Prótesis

Comprende exclusivamente **las siguientes prótesis internas de Traumatología y Cirugía Ortopédica:** prótesis articulares, tornillos y placas de fijación interna. Comprende asimismo las **siguientes prótesis vasculares y cardíacas:** válvulas cardíacas, by-pass vasculares, stent, marcapasos temporales y definitivos y prótesis mamarias post mastectomía de origen neoplásico. **Se incluyen también las lentes intraoculares convencionales para la cirugía de cataratas. Queda excluido cualquier tipo de material ortopédico, los fijadores externos, materiales biológicos o sintéticos, injertos (excepto los injertos óseos) desfibrilador automático implantable y el corazón artificial.**

La implantación de prótesis se realizará siempre en los centros designados para ello por el Asegurador para la presente Póliza.

8. Otros Servicios

8.1. 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 diagnósticas ni asistencia a consultas medicas en régimen ambulatorio.**

8.2. Servicios Especiales. Se llevarán a cabo por los equipos sanitarios que designe la Entidad Aseguradora, en domicilio o Centros especializados de atención a mayores, 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.

9. Hospitalización. La hospitalización se realizará en clínica u hospital designado por el Asegurador, ocupando el enfermo habitación individual convencional y cama de acompañante, excepto las hospitalizaciones psiquiátricas y en U.V.I. y siendo de cuenta del Asegurador el tratamiento, las estancias, manutención del enfermo, curas y su material, así como los gastos de quirófano, productos anestésicos y medicamentos.

9.1. Hospitalización quirúrgica. Las intervenciones quirúrgicas cuya índole lo requiera, serán practicadas en clínica designada por el Asegurador.

9.2. Hospitalización médica. Se realizará en el Centro que designe el Asegurador. Las hospitalizaciones médicas sólo podrán ser prescritas por un Médico Asesor de Salud.

9.3. Hospitalización psiquiátrica. Los internamientos se realizarán, en centros psiquiátricos designados por el Asegurador, en habitación individual si la patología lo requiere, **sin cama de acompañante.**

Comprenderá los gastos de estancia, la medicación y los tratamientos médicos propios. Las prescripciones para internamientos psiquiátricos sólo podrán ser realizadas por un psiquiatra de los designados especialmente por el Asegurador para la presente Póliza. **Sólo se facilitará para los tratamientos de los brotes agudos que no sean de enfermos crónicos, quedando la estancia limitada a un periodo máximo de cincuenta (50) días por año.**

9.4. Hospitalización en Unidad de Vigilancia Intensiva. Se realizará en los Centros designados por el Asegurador en instalaciones adecuadas, **sin cama de acompañante.**

10. Segunda Opinión

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

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

11. 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.

II. RIESGOS EXCLUIDOS

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

- a) 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.

- b) La asistencia sanitaria por enfermedades o lesiones producidas como consecuencia de guerras civiles, internacionales o coloniales, invasiones, insurrecciones, rebeliones, actos de carácter terrorista en cualquiera de sus formas (química, biológica, nuclear, etc.), revoluciones, motines, alzamientos, represiones y maniobras militares, aún en tiempo de paz, y epidemias declaradas oficialmente.**
- c) Enfermedades o accidentes que guarden relación directa o indirecta con radiación nuclear o contaminación radiactiva, así como los que provengan de cataclismos como terremotos, inundaciones, erupciones volcánicas y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos, salvo el rayo.**
- d) La asistencia sanitaria que exija el tratamiento por enfermedades o accidentes laborales, profesionales y en competiciones deportivas, la derivada de la utilización de vehículos a motor cubierta por el Seguro del Automóvil de Suscripción Obligatoria, así como los gastos derivados de la asistencia sanitaria prestada en centros de la Seguridad Social o centros integrados en el Sistema Nacional de Salud, incluidas las Comunidades Autónomas que no sean designados expresamente por el Asegurador en la presente póliza.**
- e) La asistencia sanitaria derivada de alcoholismo crónico, drogadicción, intoxicaciones debidas al abuso del alcohol, de psicofármacos, estupefacientes o alucinógenos, intento de suicidio y autolesiones, así como la asistencia sanitaria por enfermedades o accidentes sufridos por dolo del Asegurado.**
- f) Los productos farmacéuticos fuera del régimen de hospitalización –salvo la quimioterapia administrada en centros concertados– así como vacunas de todo tipo y productos de parafarmacia.**
- g) 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.**
- h) Tratamientos, inclusive la cirugía, encaminados a solventar la esterilidad o infertilidad en ambos sexos (fecundación “in vitro”, inseminación artificial, etc.) y la interrupción voluntaria del embarazo, así como las pruebas diagnósticas relacionadas con dicha interrupción. Está excluido el estudio, diagnóstico y tratamiento (inclusive la cirugía) de la impotencia y de la disfunción erectil.**
- i) Los trasplantes de órganos, tejidos, células o componentes celulares, excepto el trasplante autólogo de médula ósea o de células progenitoras de sangre periférica por tumores de estirpe hematológica y el trasplante de córnea. En este último caso, la Aseguradora no se hace cargo de la córnea a trasplantar.**

- j) **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.**
- k) **Las intervenciones, infiltraciones y tratamientos, así como cualquier otra actuación que tenga un carácter puramente estético o cosmético. Asimismo están excluidos los tratamientos capilares con finalidad estética.**
- l) **La hospitalización por problemas de tipo social.**
- m) **Los reconocimientos médicos generales de carácter preventivo, salvo los contemplados en la descripción de los servicios (Cláusula Primera C).**
- n) **Todo lo relativo a la psicología, psicoanálisis, hipnosis, psicoterapia individual o de grupo, test psicológicos, narcolepsia, etc. Asimismo, la terapia educativa, tal como la educación del lenguaje en procesos congénitos o la educación especial en 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, salvo las prótesis relacionadas en la descripción de los servicios (cláusula primera C) Queda excluido cualquier tipo de material ortopédico, materiales biológicos o sintéticos, injertos (excepto los injertos óseos de materiales biológicos) y el corazón artificial, que serán de cuenta del Asegurado.**
- 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) **La cirugía refractiva de cualquier tipo para miopía, hipermetropía y astigmatismo. Las técnicas quirúrgicas o procedimientos terapéuticos que usan el láser, salvo la cirugía oftálmica intraocular, las técnicas que usan el láser quirúrgico en hemorroides, cirugía vascular periférica y los dispositivos empleados en rehabilitación músculo-esquelética.**
- 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) **Cirugía de cambio de sexo.**

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 CARENCIA

Todas las prestaciones que en virtud de la Póliza asuma el Asegurador, serán facilitadas desde el momento de entrar en vigor el contrato. **No obstante, se exceptúan del anterior principio general la asistencia médica, quirúrgica y/u hospitalaria en los supuestos que a continuación se detallan, respecto de los cuales será necesario que hayan transcurrido los respectivos plazos de carencia que se especifican seguidamente:**

1. **180 días para las intervenciones quirúrgicas y hospitalizaciones.**
2. **180 días para los servicios de anatomía patológica, arteriografía digital, densitometría ósea, fisioterapia, láser, litotricia, logofoniatría, rehabilitación, resonancia magnética nuclear, scanner y para los servicios de atención especial en domicilio.**
3. **300 días para los servicios de acelerador lineal, cobaltoterapia, isótopos radiactivos, medicina nuclear, quimioterapia, radiología invasiva, radioneurocirugía, radioterapia y trasplante autólogo de médula ósea.**

Los plazos de carencia anteriormente indicados no serán exigibles en el caso de accidentes cubiertos por la Póliza, o de enfermedades con carácter de urgencia, sobrevenidas y diagnosticadas después de la fecha de efecto del seguro.

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. El Asegurador no podrá resolver la Póliza cuando el Asegurado se halle en tratamiento en régimen hospitalario, hasta el alta del mismo, salvo renuncia del Asegurado a continuar el tratamiento.
3. Respecto a cada Asegurado, el seguro se extingue:
 - a) Por fallecimiento.
 - b) Por traslado del domicilio de residencia habitual del Asegurado a una localidad sin cuadro médico de la Póliza Sanitas Oro o por no residir un mínimo de nueve (9) meses al año en una localidad con cuadro médico de la Póliza Sanitas Oro.
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

Asegurador, 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 nº 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.

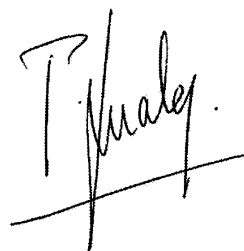
XVI. OTROS

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

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'T. Pualay', with a horizontal line drawn underneath it.

EL ASEGURADOR