

Índice

SUS CONDICIONES GENERALES

Páginas

• Glosario de términos	7
• Cláusula preliminar	13
• Cláusula I: Objeto del seguro	15
• Cláusula II: Cobertura del seguro	15
1. Asistencia primaria	15
1.1 Medicina familiar	15
1.2 Pediatría y puericultura	15
1.2.1 Neonatología, Asistencia al recién nacido	15
1.2.2 Programa de salud materno infantil	15
1.3 Servicio de enfermería	15
2. Urgencias	15
3. Especialidades médicas	15
3.1 Alergología	15
3.2 Análisis clínicos	16
3.2.1 Estudios genéticos	16
3.3 Anatomía patológica	16
3.4 Anestesiología y reanimación	16
3.5 Angiología y Cirugía vascular	16
3.6 Aparato Digestivo	16
3.7 Cardiología	16



3.8 Cirugía cardiovascular	16
3.9 Cirugía general y del Aparato Digestivo	16
3.10 Cirugía Oral y Maxilofacial	16
3.11 Cirugía Ortopédica y Traumatológica	16
3.12 Cirugía Pediátrica	16
3.13 Cirugía Plástica y Reparadora	16
3.14 Cirugía Torácica	16
3.15 Dermatología	16
3.16 Endocrinología y Nutrición	16
3.17 Geriátrica	16
3.18 Hematología y Hemoterapia	16
3.19 Medicina Interna	16
3.20 Medicina Nuclear	16
3.21 Nefrología	17
3.22 Neumología	17
3.23 Neurocirugía	17
3.24 Neurofisiología Clínica	17
3.25 Neurología	17
3.26 Obstetricia y Ginecología	17
3.27 Oftalmología	18
3.28 Oncología Médica	18
3.29 Oncología Radioterápica	18
3.30 Otorrinolaringología	18
3.31 Psiquiatría	18
3.32 Reumatología	18
3.33 Rehabilitación	18
3.34 Radiodiagnóstico-Diagnóstico por Imagen	18

3.35 Urología	19
4. OTROS SERVICIOS ASISTENCIALES	19
4.1 Ambulancia	19
4.2 Atención especial en domicilio	20
4.3 Enfermería Obstétrico-ginecológica	20
4.4 Fisioterapia	20
4.5 Logofoniatría	20
4.6 Psicología	20
4.7 Médico y cirujanos consultores	20
4.8 Odontoestomatología	20
4.9 Podología	20
4.10 Preparación al parto	20
4.11 Prótesis	20
4.12 Terapias respiratorias domiciliarias	21
4.13 Tratamiento del dolor	21
5. HOSPITALIZACIÓN	21
6. SEGUNDA OPINION MEDICA	22
7. SANITAS 24 HORAS	22
8. PLAZOS DE CARENIA	22
¿Qué no cubre su seguro?	23
• Cláusula III: Forma de prestar los servicios	25
• Cláusula IV: Otros aspectos de su seguro	27
1. BASES, PÉRDIDA DE DERECHOS E INDISPUTABILIDAD DEL CONTRATO	27
2. DURACIÓN DEL SEGURO	28
3. PRIMAS DEL SEGURO	28
4. DERECHOS Y DEBERES	29

5. RECLAMACIONES	31
6. OTROS ASPECTOS LEGALES A TENER EN CUENTA	32
7. OTROS	33
8. JURISDICCIÓN	33

SANITAS MÁS SOLUCIONES PARA CUIDARTE

• Especialistas en Maternidad	38
• Soluciones especializadas de salud	40
• Programas Avanzados de Prevención	42
• Estética y bienestar	45

SI NECESITA CONTACTAR CON NOSOTROS

• Datos de contacto	49
----------------------------	-----------

SUS TELÉFONOS Y DIRECCIONES DE INTERÉS

• Agenda personal	50
--------------------------	-----------

SUS CONDICIONES GENERALES

Sanitas Sociedad Anónima de Seguros

**Inscrita el 10 de febrero de 1958 en el Registro de la dirección
General de Seguros**

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

Domicilio social Ribera del Loira, 52 - 28042 Madrid

C.I.F. A-28037042

Glosario de términos

A los efectos del presente documento del Producto Sanitas Primero 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.

ANTIGÜEDAD

Siempre que en la presente póliza se reconozca al asegurado derechos de antigüedad por provenir de otra póliza de Sanitas, ello quiere decir que exclusivamente a efectos de cómputo de periodos de carencia y determinación de patologías preexistentes del asegurado y por tanto excluidas de cobertura, se tomara en consideración, no su fecha de incorporación a la presente póliza, sino la fecha en la cual se incorporó como asegurado a la póliza de seguro de la que proviene.

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.

ASISTENCIA AMBULATORIA

Cualquier tipo de asistencia médica, diagnóstica, quirúrgica o terapéutica en la que NO existe Hospitalización ni Hospitalización a Domicilio. Dicha asistencia siempre será prestada en centro asistencial autorizado (no en domicilio). Incluye todos los servicios realizados en infraestructura de consulta.

ASISTENCIA SANITARIA AL NEONATO

Primera atención de neonatología realizada al recién nacido durante la asistencia al parto que esté cubierto por la presente póliza y exámenes protocolizados realizados al recién nacido sano.

ATENCIÓN ESPECIAL EN DOMICILIO

Asistencia del médico generalista o de familia y de A.T.S. o D.U.E. 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, A.T.S. o D.U.E., 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, que combina tanto la ciencia como el arte de aplicar el conocimiento y la técnica para ejercer un servicio de salud.

DIAGNÓSTICO

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

D.U.E./ENFERMERO/A.T.S.

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

Cualquier patología, lesión o defecto sufridos por el asegurado con anterioridad a su incorporación como tal a la póliza de seguro siendo éstos conocidos o no por el propio asegurado.

FRANQUICIA

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

HABITACIÓN CONVENCIONAL

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

HOSPITAL

Todo establecimiento público o privado legalmente autorizado para la asistencia sanitaria de enfermedades o lesiones corporales, provisto de los medios necesarios para efectuar diagnósticos, tratamientos médicos e intervenciones quirúrgicas. y que permita el ingreso del paciente.

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 utilización, por un Asegurado registrado como paciente, de aquellas unidades asistenciales del Hospital así denominadas específicamente, para recibir cualquier tipo de asistencia médica, diagnóstica, quirúrgica o terapéutica, que suponga una estancia inferior a 24 horas.

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

Toda intervención con fines diagnósticos o terapéuticos, realizada mediante incisión u otra vía de abordaje interno, efectuada por un médico especialista competente en un centro autorizado (hospitalario o extrahospitalario) y que requiere normalmente la utilización de un quirófano con sala específica dotada del equipamiento necesario.

LESIÓN

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

MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS

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

MATERIAL ORTOPÉDICO

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

MÉDICO

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

MÉDICO/ CIRUJANO CONSULTOR

Son aquellos facultativos, pertenecientes al cuadro médico de la entidad, que sean designados como tales médicos consultores en la Guía Médica Orientadora y cuya consulta requiere la previa autorización de la entidad aseguradora, a petición razonada de un médico especialista de la misma.

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.

PARTO

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

PATOLOGIA ORGANICA

Lesión estructural en tejidos u órganos del cuerpo humano

PLAZOS DE CARENIA

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 (sustituciones articulares) o biológicos (recambios valvulares cardiacos, ligamentos) lentes intraoculares, reservorios de medicamentos, etc

PSICOLOGÍA

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

PUERICULTOR

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

QUIROPODIA

Tratamiento mediante la aplicación de las manos a los trastornos o alteraciones que sufren los pies (callos y durezas, uñas encarnadas, papilomas y micosis).

RECIÉN NACIDO

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

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 generalista, pediatra/puericultor, A.T.S. o D.U.E., en aquellos casos en que el Asegurado se encuentre, por razón de su enfermedad, incapacitado para de trasladarse al consultorio del médico, A.T.S. o D.U.E.

SERVICIOS DE URGENCIA A DOMICILIO

Asistencia en el domicilio que figura en la Póliza del Asegurado en casos de urgencia, prestada por médico generalista y/o A.T.S. o D. U. E.

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.

TRATAMIENTO

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

VISITA / CONSULTA

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

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.

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.



Cláusula I: Objeto del Seguro

Por el presente contrato, la Entidad Aseguradora asume, en los términos y con los límites que se expresan en esta póliza (Condiciones Generales, Condiciones Particulares, y suplementos de las mismas.), la totalidad de los gastos razonables y usuales, derivados de la asistencia sanitaria realmente prestada al Asegurado, consecuencia de una enfermedad o accidentes cubiertos por la presente póliza a través de las siguientes **GARANTÍAS:**

Cláusula II: Cobertura del seguro

1. ASISTENCIA PRIMARIA

1.1. Medicina Familiar: comprende la 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 la asistencia médica a domicilio cuando por motivos que dependan sólo de la enfermedad que aqueje al Asegurado se encuentre impedido para trasladarse al consultorio del médico.

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

1.2. Pediatría y Puericultura: comprende la asistencia de niños hasta cumplir los 15 años de edad, en consultorio y a domicilio, la indicación y prescripción de las pruebas y medios diagnósticos básicos (analítica y radiología general) aplicándose las mismas normas ya citadas para la cobertura de medicina Familiar.

1.2.1. Neonatología, asistencia al recién nacido: comprende los gastos derivados de la asistencia sanitaria al recién nacido, siempre y cuando esté dado de alta en la Entidad Aseguradora. Comprende también la asistencia sanitaria al neonato, exclusivamente durante sus primeras 24 horas de vida, en centros

hospitalarios concertados por la Entidad Aseguradora.

No queda cubierta ninguna intervención quirúrgica sobre el no nacido.

1.2.2. Programa de salud materno infantil: comprende la escuela de padres durante el primer año de vida del niño y exámenes de salud del niño.

1.3. Servicio de Enfermería: comprende la asistencia en consultorio y a domicilio. Este último caso sólo previa prescripción de un médico de la Entidad Aseguradora.

2. URGENCIAS

Comprende la asistencia sanitaria en casos de urgencia que se prestará en los centros de urgencia permanente que estén concertados con la Entidad Aseguradora y formen parte del cuadro médico de Sanitas Primero.

En caso justificado, se facilitará el servicio a domicilio por los servicios permanentes de guardia, **únicamente en aquellas poblaciones en las que la Entidad Aseguradora tenga concertada la prestación de dicho servicio.**

3. ESPECIALIDADES MÉDICAS.

Con las limitaciones y exclusiones indicadas en el apartado ¿Qué no cubre su seguro? con carácter general las pruebas diagnósticas, métodos terapéuticos, intervenciones quirúrgicas, ingresos hospitalarios y otros servicios asistenciales, serán realizados exclusivamente por los servicios que la Entidad Aseguradora designe y será necesaria la prescripción escrita de un médico concertado de la Entidad Aseguradora.

Los ingresos hospitalarios y/o intervenciones quirúrgicas estarán sujetas a la participación previa del Asegurado en el coste de los servicios, según se indica expresamente en las condiciones particulares de esta póliza.

3.1. Alergología: las vacunas serán a cargo del Asegurado.

3.2. Análisis clínicos

3.2.1 Estudios genéticos: comprende exclusivamente aquellos imprescindibles para el diagnóstico y/o para realizar las prescripciones del tratamiento en paciente afecto y sintomático.

Comprende la realización de dianas terapéuticas, previas a la administración de determinados fármacos, siempre que en la ficha técnica de dicho fármaco, establecida por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, se exija su determinación.

Quedan expresamente excluidos de la cobertura de la póliza los estudios de predisposición familiar a padecer enfermedades de origen genético, así como los estudios de farmacogenética y los mapas genéticos de tumores.

3.3. Anatomía patológica

3.4. Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor: queda expresamente excluido cualquier tipo de material implantable

3.5. Angiología y Cirugía Vascolar

3.6. Aparato Digestivo: comprende la prevención del cáncer colorrectal, consulta médica, exploración física, exploraciones endoscópicas en caso necesario, **previa prescripción escrita de un médico concertado con la Entidad Aseguradora.**

3.7. Cardiología: comprende la prevención del riesgo coronario, **será necesaria la previa prescripción escrita de un médico concertado con la Entidad Aseguradora.**

3.8. Cirugía cardiovascular: Quedán excluidas las técnicas quirúrgicas que usen equipos de cirugía robótica

3.9. Cirugía General y del Aparato Digestivo: comprende la cirugía por vía laparoscópica en aquellas intervenciones en las que se ha demostrado y consolidado su eficacia, **exclusivamente realizadas por los profesionales especialmente concertados por la Entidad Aseguradora para éstas. Quedan**

excluidas las técnicas quirúrgicas que usen equipos de cirugía robótica.

3.10. Cirugía Oral y Maxilofacial: están excluidos los tratamientos propios de la especialidad de Odontología, así como tratamientos estéticos y/o que tengan finalidad funcional del área bucodental del paciente, entre ellos las cirugías ortognáticas, preimplantológicas y preprotésicas.

3.11. Cirugía Ortopédica y Traumatológica: comprende la cirugía por vía artroscópica en aquellas intervenciones en las que se ha demostrado y consolidado su eficacia. **Exclusivamente realizadas por los profesionales especialmente concertados con la Entidad Aseguradora.**

3.12. Cirugía Pediátrica: comprende en los mismos términos descritos en los apartados relativos a cirugía de adultos, las intervenciones exclusivamente realizadas por profesionales específicamente concertados con la Entidad Aseguradora.

Queda expresamente excluida cualquier tipo de intervención quirúrgica sobre el no nacido.

Quedan excluidas las técnicas quirúrgicas que usen equipos de cirugía robótica.

3.13. Cirugía Plástica y Reparadora: se excluye cualquier tipo de tratamiento estético.

3.14. Cirugía Torácica

3.15. Dermatología

3.16. Endocrinología y Nutrición

3.17. Geriatria: queda excluido cualquier tipo de ingreso derivado de problemas de tipo social.

3.18. Hematología y Hemoterapia: comprende trasplantes autólogos de médula ósea o de células progenitoras de sangre periférica, **exclusivamente para tratamientos de tumores de estirpe hematológica.**

3.19. Medicina Interna

3.20. Medicina Nuclear:

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

El PET y PET/ TC son objeto de cobertura exclusivamente para las indicaciones autorizadas por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios con el fármaco fludesoxiglucosa. Dichas indicaciones son concretamente las siguientes:

A/Oncología Diagnóstico:

- Caracterización del nódulo pulmonar solitario.
- Detección del tumor de origen desconocido evidenciado, por ejemplo, por adenopatía cervical, metástasis hepáticas u óseas.
- Caracterización de una masa pancreática.

B/ Estadificación:

- Tumores de cabeza y cuello, incluyendo biopsia guiada asistida.
- Cáncer de pulmón primario.
- Cáncer de mama localmente avanzado.
- Cáncer de esófago.
- Carcinoma de páncreas.
- Cáncer colorrectal, especialmente en las recurrencias.
- Linfoma maligno.
- Melanoma maligno, con Breslow mayor de 1,5 mm o metástasis en nódulos linfáticos en el diagnóstico inicial.

C/ Monitorización de la respuesta al tratamiento:

- Linfoma maligno.
- Tumores de cabeza y cuello.

D/Detección en caso de sospecha razonable de recidiva:

- Gliomas con alto grado de malignidad (III o IV)
- Tumores de cabeza y cuello.
- Cáncer de tiroides (no medular): pacientes con incremento de los niveles séricos de tiroglobulina y rastreo corporal con yodo radiactivo negativo.

- Cáncer de pulmón primario.
- Cáncer de mama.
- Carcinoma de páncreas.
- Cáncer colorrectal.
- Cáncer de ovario.
- Linfoma maligno.
- Melanoma maligno.

E/ Neurología:

- Localización de focos epileptógenos en la valoración prequirúrgica de la epilepsia temporal.

3.21. Nefrología: comprende la litotricia del aparato urinario y las técnicas de diálisis en procesos agudos, **quedando expresamente excluidas las técnicas de diálisis relativas a tratamientos de procesos crónicos.**

3.22. Neumología

3.23. Neurocirugía: comprende la cirugía con asistencia de navegación quirúrgica en aquellas intervenciones en las que se ha demostrado su eficacia. **Exclusivamente realizadas por los profesionales y en los hospitales especialmente acreditados por la Entidad Aseguradora para éstas.**

3.24. Neurofisiología Clínica

3.25. Neurología

3.26. Obstetricia y Ginecología: comprende los estudios de cribado encaminados a la prevención de neoplasias de mama y de cuello uterino y el estudio y diagnóstico básico de la infertilidad y la esterilidad.

Quedan expresamente excluidas todas las pruebas genéticas a excepción del cariotipo, factor V Leiden y mutación 20210 del gen de la protrombina. Asimismo, se excluyen todas las pruebas encaminadas a tratamientos de reproducción asistida.

Comprende las intervenciones ginecológicas por vía laparoscópica en aquellas intervenciones en las que se ha demostrado y consolidado su eficacia. **Exclusivamente realizadas por los profesionales**

específicamente concertados por la Entidad Aseguradora para cada una de estas técnicas.

Quedan excluidas las intervenciones quirúrgicas sobre el no nacido.

Quedan excluidas las técnicas quirúrgicas que usen equipos de cirugía robótica.

Quedan excluidas las cirugías profilácticas

3.27. Oftalmología: comprende la fotocoagulación por láser y la cirugía para el trasplante de córnea **siendo la córnea a trasplantar por cuenta del Asegurado.**

Quedan excluidas otras cirugías con técnicas láser (cirugías refractivas para corrección de miopía, hipermetropía, astigmatismo, presbicia, o cualquier otra indicación que surja en el futuro)

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

Por lo que se refiere a los medicamentos, la Entidad Aseguradora, 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 y cuya administración sea por vía parenteral, en tantos ciclos como sea necesario. Quedan incluidos los reservorios implantables de perfusión endovenosa utilizados en quimioterapia.

Comprende la realización de dianas terapéuticas, previas a la administración de determinados fármacos, siempre que en la ficha técnica del medicamento establecida por la

Agencia Española de Medicamentos y Productos sanitarios se exija su determinación.

3.29. Oncología Radioterápica

3.30. Otorrinolaringología: comprende la cirugía mediante láser. **Exclusivamente realizadas por los profesionales específicamente concertados por la Entidad Aseguradora para cada una de estas técnicas.**

3.31. Psiquiatría: el ingreso psiquiátrico **sólo comprende el tratamiento de brotes agudos**, previa prescripción del ingreso por un especialista concertado con la Entidad Aseguradora y **queda limitado a un periodo máximo de cincuenta (50) días por asegurado/año**, en centros psiquiátricos designados por la Entidad Aseguradora.

3.32. Reumatología

3.33. Rehabilitación

3.34. Radiodiagnóstico-Diagnóstico por Imagen: comprende las técnicas habituales de diagnóstico.

También comprende:

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

- Cribado de cáncer de colon y poliposis colónica en pacientes sin historia clínica conocida de cáncer de colon, poliposis o enfermedad inflamatoria intestinal, siempre que presenten antecedentes familiares de estas patologías o sean candidatos al cribado por edad (a partir de 50 años).
- Cribado de cáncer de colon y poliposis colónica en pacientes en los que la colonoscopia convencional este contraindicada por su situación clínica o entrañe un mayor riesgo.
- Como complemento a la colonoscopia convencional cuando ésta no haya podido alcanzar la longitud completa del colon.

Para contar con la cobertura asegurada de esta prueba diagnóstica el asegurado deberá participar en el coste del servicio en la cantidad expresamente indicada en las condiciones particulares de su póliza.

B) La coronariografía por TC: incluida en la garantía únicamente para pacientes con síntomas de enfermedad coronaria con prueba de isquemia no concluyente, cirugía de recambio valvular, valoración de estenosis coronaria tras intervención de By - pass y malformaciones del árbol coronario.

Queda excluida la valoración de estenosis tras implantación de stent coronario y el score cálcico.

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

3.35. Urología: comprende la vasectomía, el estudio y diagnóstico de la infertilidad y esterilidad y la litotricia del aparato urinario. **Quedando excluidas las técnicas quirúrgicas que usen equipos de robótica.**

Exclusiones aplicables a todas las garantías incluidas en el apartado de Especialidades Médicas, Pruebas Diagnósticas, Métodos terapéuticos e Intervenciones Quirúrgicas.

Sin perjuicio de las exclusiones específicamente indicadas en relación con determinadas especialidades médicas, resultan de aplicación a todas ellas las exclusiones establecidas a continuación:

- **El diagnóstico específico y tratamientos, inclusive la cirugía, encaminados a solventar la esterilidad o infertilidad en ambos sexos (fecundación "in vitro"), inseminación artificial, etc.**
- **La interrupción voluntaria del embarazo, así como toda la asistencia sanitaria relacionada con dicha interrupción.**

- **El estudio, diagnóstico y tratamiento de la impotencia y de la disfunción eréctil, incluida la cirugía.**
- **La cirugía de cambio de sexo.**
- **Los trasplantes de órganos, tejidos, células o componentes celulares, excepto el trasplante autólogo tanto de médula ósea como de células progenitoras de sangre periférica por tumores de estirpe hematológica, y el trasplante de córnea. En este último caso, la Entidad Aseguradora no se hace cargo de la cobertura económica de la córnea a trasplantar.**
- **Queda expresamente excluido el plasma rico en plaquetas o en factores de crecimiento.**
- **En oftalmología, la cirugía refractiva de cualquier tipo.**

4. OTROS SERVICIOS ASISTENCIALES

4.1. Ambulancia: se prestará este servicio por vía terrestre y a través de los servicios de ambulancias concertados por la Entidad Aseguradora. Solo están comprendidos en la presente garantía, los traslados a/o desde hospitales concertados en la localidad de residencia del Asegurado, los solicitados por el Asegurado para regresar a su provincia de residencia y los traslados a centros concertados en otras provincias en el caso de que los recursos asistenciales concertados por la Entidad Aseguradora en la provincia en la que resida el Asegurado no sean suficientes para atenderle.

Para solicitar el servicio será necesario el volante de un médico concertado por la Entidad Aseguradora, tramitado 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 las pruebas diagnósticas ni asistencia a consultas médicas en régimen ambulatorio.

4.2. Atención especial en domicilio: se llevará a cabo por los equipos sanitarios que designe la Entidad Aseguradora, siempre que exista la posibilidad de concertar el servicio cuando la patología del enfermo requiera cuidados especiales sin llegar a precisar ingreso hospitalario, siempre previa prescripción del médico.

No comprende la asistencia a problemas de tipo social.

4.3. Enfermería Obstétrico-ginecológica (Matronas): la asistencia al parto por matrona se realizará en todo caso en régimen de ingreso hospitalario.

4.4. Fisioterapia: está comprendida únicamente con carácter ambulatorio y exclusivamente para las afecciones de origen en el apartado locomotor siempre que no se trate de un proceso crónico o degenerativo. Se prestará siempre en los centros designados por la Entidad Aseguradora. En régimen de ingreso hospitalario se prestará sólo y exclusivamente para la recuperación del aparato locomotor secundaria a una cirugía ortopédica y la recuperación cardiaca tras la cirugía con circulación extracorpórea. También comprende el drenaje linfático postmastectomía de origen neoplásico.

Queda excluida la rehabilitación neurológica, rehabilitación del suelo pélvico, rehabilitación cardíaca en régimen ambulatorio y rehabilitación del lenguaje en disfunciones no orgánicas o aquellas que usen equipamiento robótico.

4.5. Logofoniatría: está comprendida únicamente en relación con procesos orgánicos, **hasta un máximo de 180 sesiones al año por asegurado.**

4.6. Psicología: comprende la atención psicológica de carácter Individual prescrita por Psiquiatras., Médicos Asesores de Salud Familiar, Oncólogos Médicos O Pediatras del cuadro médico de este producto y cuya finalidad sea el tratamiento de patologías susceptibles de intervención psicológica. Asimismo comprende el diagnóstico

psicológico simple y los test psicométricos con la salvedad de que los formularios serán por cuenta del asegurado.

Se excluye el psicoanálisis, la terapia psicoanalítica la hipnosis, la narcolepsia y los servicios de rehabilitación psicosocial o neuropsiquiatría. El servicio deberá ser autorizado por la Entidad Aseguradora previamente a su realización. Esta autorización garantizará que se preste el servicio a través del cuadro médico de este producto hasta un máximo de 4 consultas al mes y con un límite de 15 sesiones por cada anualidad del seguro.

4.7. Médicos y cirujanos consultores: su consulta deberá ser previamente autorizada por la Entidad Aseguradora, para aquellos especialistas que consten con dicha denominación en el cuadro Médico de Sanitas Primero y a petición razonada de un médico especialista de la misma.

4.8. Odontostomatología: comprende únicamente extracciones, curas estomatológicas derivadas de éstas y limpiezas de boca prescritas por un odontólogo concertado con la Entidad Aseguradora.

Quedan excluidos los tratamientos, empastes y obturaciones, prótesis dentales, ortodoncias, periodoncias e implantes, así como otros tratamientos odontológicos distintos a los anteriormente relacionados como incluidos.

4.9. Podología (exclusivamente quiropodia): limitado a seis sesiones anuales como máximo.

4.10. Preparación al Parto: comprende clases prácticas y teóricas de puericultura y psicología.

4.11. Prótesis: serán suministradas siempre por las empresas designadas por la Entidad Aseguradora.

La garantía comprende exclusivamente, previa prescripción escrita de un médico especialista de la Entidad Aseguradora, las prótesis internas y materiales implantables internos expresamente indicados a continuación y **hasta los límites de capital asegurado establecidos,**

en su caso, en las Condiciones Particulares de esta póliza:

1. Oftalmología: Lente intraocular monofocal utilizada para la cirugía de cataratas.

2. Traumatología y Cirugía Ortopédica: Prótesis de cadera, de rodilla, y de otras articulaciones; material necesario para la fijación de columna; disco intervertebral; material de interposición intervertebral (intersomático o interespinoso); material necesario para vertebroplastia-cifoplastia; material osteo-ligamentoso biológico obtenido de bancos de tejidos nacionales; material de osteosíntesis; sustitutos óseos.- exclusivamente para cirugía de columna y rellenos óseos tras cirugía tumoral.

3. Área Cardiovascular: Prótesis vasculares (Stent, by-pass periférico o coronario, medicalizado o no medicalizado) **con exclusión de los empleados en aorta en cualquiera de sus tramos y los conductos valvulados aórticos**), válvulas cardíacas **con exclusión de los conductos valvulados aórticos y cualquier otra de implantación por vía percutánea o transapical**; marcapasos **con exclusión de cualquier tipo de desfibrilador y del corazón artificial**; coils y/o materiales de embolización.

4. Quimioterapia o Tratamiento del Dolor: reservorios.

5. Otros materiales quirúrgicos: Mallas abdominales, excepto las utilizadas como sistemas de cierre en cirugías laparoscópicas ; sistemas de suspensión urológica; sistemas de derivación de líquido cefalorraquídeo (hidrocefalia); prótesis de mama y expansores, exclusivamente en la mama afectada por una cirugía tumoral previa.

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

6. Materiales de fijación ósea en cirugías craneales y/o maxilofaciales

4.12. Terapias respiratorias domiciliarias: los tratamientos deben ser prescritos por un neumólogo concertado con la Entidad

Aseguradora. En todos los tratamientos crónicos el Asegurado deberá renovar la prescripción del neumólogo y la autorización del servicio por parte de la Entidad Aseguradora cada mes.

Comprende exclusivamente los siguientes tratamientos:

a) Oxigenoterapia: líquida, con concentrador y gaseosa.

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

b) Generación de presión positiva en la vía aérea para tratamiento de trastornos del sueño.

c) Ventiloterapia y Aerosolterapia: **queda excluida la medicación, que será con cargo al Asegurado.**

4.13. Tratamiento del dolor: en los casos que requieran administración de medicación quedan comprendidos exclusivamente los reservorios implantables (tipo port-a-cath), **quedando expresamente excluidas las bombas implantables para infusión de medicamentos y los electrodos de estimulación medular.**

5. HOSPITALIZACIÓN

Cualquier tipo de hospitalización (médica, pediátrica, psiquiátrica, en U.V.I., quirúrgica, obstétrica) se realizará en clínica u hospital designado por la Entidad Aseguradora, previa prescripción escrita de un especialista concertado y autorización expresa de ésta.

El enfermo ocupará habitación individual convencional y cama de acompañante excepto en las hospitalizaciones psiquiátricas, en U.V.I. e incubadora y serán por cuenta de la Entidad Aseguradora los gastos derivados de la realización de los métodos diagnósticos y terapéuticos, tratamientos quirúrgicos (incluidos gastos de quirófano y medicamentos

excepto medicación citostática extranjera) y estancias con la manutención del enfermo, comprendidos en la cobertura de la póliza.

La hospitalización obstétrica comprende exclusivamente la asistencia a partos convencionales atendidos por especialistas en obstetricia.

Quedan expresamente excluidos los partos en medio acuático, a domicilio y por medios alternativos.

Exclusiones aplicables a todas las garantías incluidas en el apartado de Hospitalización

- La hospitalización por problemas de tipo social.

6. SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA

Comprende una segunda opinión sobre el diagnóstico o tratamiento médico en el caso de enfermedades graves, de carácter crónico, que necesiten una atención programada, cuyo curso 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.

7. 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.

8. PLAZOS DE CARENIA

Todas las prestaciones que en virtud de esta Póliza asuma la Entidad Aseguradora, 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:**

El seguro médico no cubre patologías del cliente existentes con anterioridad a la fecha de la contratación del producto.

- Hospitalización e intervenciones quirúrgicas no ambulatorias, incluida la asistencia al parto: 240 días
- Ligadura de trompas y vasectomía: 180 días
- Psicología: 180 días
- Cirugía bariátrica en obesidad mórbida: 36 meses
- Planes Activos de Salud: 120 días

Los plazos de carencia anteriormente Citados no serán exigibles en el caso de accidentes cubiertos por la póliza, o de enfermedades con carácter de urgencias vitales, sobrevenidas y diagnosticadas después de la fecha de efecto de la póliza, así como en los casos de partos Prematuros.

¿Qué no cubre su seguro?

Exclusiones aplicables con carácter general a todas las garantías objeto de cobertura por esta póliza.

Quedan excluidas de la cobertura de esta póliza, sin perjuicio de las exclusiones ya indicadas anteriormente, las asistencias o reembolsos derivados de los riesgos indicados a continuación:

1. Toda clase de enfermedades, lesiones, defectos o deformaciones congénitas ó preexistentes a la fecha de efecto del alta de cada Asegurado de la póliza. Así como todos los servicios que pudieran derivarse de alguno de todos ellos, salvo que hubieran sido aceptadas expresamente por la Entidad Aseguradora en las Condiciones Particulares de esta póliza.

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, accidentes, lesiones, malformaciones o defectos 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.

4. La asistencia sanitaria que exija el tratamiento por enfermedades, lesiones, malformaciones o defectos derivados de 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.

5. La asistencia sanitaria prestada en centros de la Seguridad Social o centros integrados en el Sistema Nacional de Salud.

6. 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.

7. La asistencia sanitaria derivada de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, SIDA y las enfermedades relacionadas con éste.

8. Todo lo relativo a la terapia educativa, educación del lenguaje en procesos sin patología orgánica o la educación especial para enfermos con afección psíquica.

9. Los gastos por viaje y desplazamiento salvo la contemplado en el punto de ambulancia de la Cláusula II Cobertura del Seguro de la presente póliza.

10. Las determinaciones del mapa genético, que tienen como finalidad conocer la predisposición del Asegurado o de su ascendencia o descendencia presente o futura a padecer todas las enfermedades relacionadas con alteraciones genéticas. También quedan expresamente excluidos los mapas genéticos de tumores y la farmacogenética.

11. Cualquier tipo de servicio relacionado con patologías o tratamientos no cubiertos, así como complicaciones que se deriven de éstos.

12. Medicinas alternativas, naturopatía, homeopatía, acupuntura, mesoterapia, hidroterapia, magnetoterapia, presoterapia, ozonoterapia, etc, salvo que se indique expresamente lo contrario en las Condiciones Particulares de esta póliza.

13. La asistencia sanitaria por enfermedades o lesiones producidas practicando como aficionado deportes de riesgo, como por ejemplo actividades aéreas, pruebas de velocidad o resistencia con vehículos a motor, bobsleigh, submarinismo, escalada, boxeo, toreo, artes marciales, rugby, o cualquier otra actividad de riesgo análogo.

14. 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.

15. Los reconocimientos médicos generales de carácter preventivo, salvo los contemplados en la descripción de los servicios en la Cláusula II Cobertura del Seguro la presente póliza.

16. Tratamientos crónicos de diálisis y hemodiálisis.

17. Técnicas quirúrgicas que usen equipos de cirugía robótica.

18. Todos aquellos procedimientos diagnósticos, quirúrgicos o terapéuticos cuya seguridad y eficacia clínicas no estén debidamente contrastadas científicamente o que sean de nueva aparición, no incluidos en expresamente en la presente póliza. Aquellos procedimientos no universalizados ni consolidados en la práctica clínica habitual y los que hayan quedado manifiestamente superados por otros 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.

19. Servicios o técnicas que consisten en meras actividades de ocio, descanso, confort o deporte, así mismo los tratamientos en balnearios y curas de reposo.

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

- los tratamientos en patología oftálmica intraocular
- tratamientos de hemorroides
- cirugía vascular periférica con patología (no estética)
- otorrinolaringología
- en fisioterapia músculo-esquelética.

Queda excluida expresamente la técnica del láser verde en intervenciones de próstata

21. Las intervenciones, infiltraciones y tratamientos así como cualquier otra intervención que tenga un carácter puramente estético o cosmético. Igualmente queda expresamente excluido, el tratamiento de cualquier tipo de patologías o complicaciones que pudieran manifestarse en un momento posterior y que estén directa y/o principalmente causadas por haberse sometido el asegurado a una intervención, infiltración o tratamiento de los anteriormente señalados de naturaleza puramente estética o cosmética.

22. Las prótesis y material implantable salvo los relacionados en el apartado prótesis incluido en la Cláusula II Cobertura del Seguro. Quedan excluidos entre otros cualquier prótesis externa, cualquier tipo de material ortopédico, fijadores externos, materiales biológicos o sintéticos, injertos, endoprótesis aórticas, conductos valvulados, desfibriladores y el corazón artificial.

23. Los tratamientos odontológicos distintos a los contemplados en la cláusula II Cobertura del Seguro de la presente póliza.

24. Los productos farmacéuticos fuera del régimen de hospitalización, salvo la quimioterapia administrada vía parenteral por un profesional sanitario en centros concertados, así como vacunas de todo tipo y productos de parafarmacia.

25. Las terapias avanzadas (medicamentos de uso humano basado en genes, células o terapia celular y que incluyen productos de origen autólogo, alogénico o xenogénico).

26. Todos los medicamentos no comercializados en España.

Cláusula III: Forma de prestar los servicios

La asistencia, se prestará en **todas las poblaciones donde la Entidad Aseguradora tenga representación debidamente autorizada o cuenta con cuadro médico concertado de este producto.** Cuando en cualquiera de las poblaciones donde radique dicha representación o cuadros médicos concertados no exista alguno de los servicios comprendidos en el contrato, serán facilitados en la provincia donde los mismos puedan realizarse, a elección del Asegurado. Los Asegurados podrán **acudir a las consultas de los facultativos especialistas** que forman parte del cuadro médico de este producto.

Al **recibir los servicios que procedan, el Asegurado deberá exhibir la tarjeta Sanitas, igualmente el Asegurado estará obligado a exhibir su Documento Nacional de Identidad, si le fuese requerido.** Cada vez que el asegurado reciba un servicio cubierto por la póliza, abonará en concepto de participación en el coste de dicho servicio, la cantidad que figure en las condiciones particulares.

En el caso de hospitalización y en el caso de intervenciones quirúrgicas (incluyendo parto), el Asegurado participará en el coste de los servicios correspondientes, mediante el abono de la cantidad que figura en las Condiciones Particulares de la Póliza, con carácter previo a la prestación del correspondiente servicio. La cantidad relativa a las intervenciones quirúrgicas variará según el grado de dificultad de las mismas, de acuerdo con lo establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Las Intervenciones quirúrgicas (incluyendo parto) se clasifican en tres grupos en función del grado de dificultad, pudiendo consultar el Asegurado qué intervenciones quirúrgicas se encuentran en cada uno de dichos grupos en www.sanitas.es, oficinas y teléfono de información.

Las cuantías establecidas en las Condiciones Particulares para dicha participación, son válidas para el año natural de contratación del seguro, reservándose la Entidad Aseguradora el derecho de poderlas modificar si así lo precisara, previa comunicación a los Asegurados.

En cualquier caso, será necesaria la previa autorización expresa de la Entidad Aseguradora para intervenciones quirúrgicas, hospitalizaciones, médicos consultores y determinados métodos terapéuticos y pruebas diagnósticas, previa prescripción escrita de los facultativos de la Entidad. La Entidad Aseguradora no otorgará esta autorización si entiende que se trata de una prestación no cubierta por la Póliza. **Solo mediante la emisión de la autorización, la Entidad Aseguradora acepta vincularse económicamente con la prestación del correspondiente servicio.**

En la autorización previa correspondiente a intervenciones quirúrgicas, la Entidad Aseguradora comunicará al Asegurado el grupo quirúrgico al que pertenece dicha intervención.

En particular, para las intervenciones quirúrgicas de alta complejidad indicadas a continuación (cirugía del sistema nervioso central, cirugía cardiaca, cirugía bariátrica y cirugía de columna), la Entidad se reserva el derecho de designar, en cada caso individual y con carácter previo a la realización de la intervención quirúrgica concreta, el centro sanitario y los profesionales que la llevarán a cabo.

No obstante lo establecido en los párrafos anteriores, en los **casos de urgencia vital** será suficiente, a estos efectos, la orden del un médico concertado con la Entidad Aseguradora, debiendo el Asegurado notificar el hecho a la misma y obtener su confirmación dentro de las 72 horas siguientes al ingreso en el centro hospitalario o a la prestación del servicio asistencial correspondiente. En estos supuestos de **urgencia vital**, la Entidad Aseguradora quedará vinculada económicamente hasta el momento en que

manifieste su decisión de que la póliza no cubre el acto médico o la hospitalización.

La Entidad Aseguradora una vez recibida la notificación del asegurado, si éste está ingresado en un centro no concertado podrá ser trasladado a uno de los centros concertados con la Entidad Aseguradora, siempre que su situación clínica lo permita.

La Entidad Aseguradora no se hará cargo de la asistencia prestada a sus asegurados a través de profesionales y/o centros médicos no concertados específicamente para el cuadro médico de este producto, salvo en las urgencias vitales ya mencionadas anteriormente o cuando concurren las necesidades asistenciales ya mencionadas.

Cuando necesidades asistenciales de carácter excepcional así lo requieran, la Entidad Aseguradora podrá remitir o trasladar al Asegurado a centros hospitalarios de carácter público para su tratamiento médico u hospitalización.

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

En los casos de desplazamiento temporal a aquellos lugares donde la Entidad Aseguradora no tuviese oficina propia pero sí cuadro concertado para este producto, el Asegurado deberá presentar su tarjeta Sanitas para solicitar los servicios en las Oficinas de las Entidades concertadas con la Entidad Aseguradora, aceptando los trámites administrativos de dichas Entidades.

- **Asistencia en caso de urgencia**

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

La asistencia de carácter urgente se prestará a través de los medios concertados por la Entidad Aseguradora dentro del cuadro médico para este producto.

Cláusula IV: Otros aspectos de su seguro

1. BASES, PÉRDIDA DE DERECHOS E INDISPUTABILIDAD DEL CONTRATO

1.1. El **presente contrato** ha sido concertado sobre las bases de las **declaraciones efectuadas por el Tomador del Seguro y el Asegurado en el cuestionario-solicitud del seguro, sobre su estado de salud, profesión habitual y prácticas de deporte del asegurado.** Dichas declaraciones constituyen la base para la aceptación del riesgo del presente contrato y forman parte integrante del mismo.

1.2. 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, la Entidad Aseguradora 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 a la Entidad Aseguradora 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).

d) Si el hecho garantizado sobreviene antes de que se haya pagado la prima, salvo pacto en contrario (Art. 15 de la Ley del Contrato del Seguro).

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

1.4. La póliza será indisputable en cuanto al estado de salud del Asegurado y la Entidad Aseguradora 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.

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

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 a la Entidad Aseguradora 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, la Entidad Aseguradora estará obligado a restituir el exceso de las primas percibidas sin intereses.

1.6. Contratación a distancia del seguro: 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 a la Entidad Aseguradora, utilizando cualquier soporte duradero y accesible a la Entidad Aseguradora. 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.

2. DURACIÓN DEL SEGURO

2.1. 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 de una anualidad. No obstante, cualquiera de las partes podrá oponerse a la prórroga mediante notificación escrita a la otra parte, efectuada con antelación no inferior a dos meses respecto de la fecha de conclusión del periodo en curso.

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

En caso de que la póliza del seguro sea resuelta por parte del asegurado, las coberturas cesarán en todo caso en la fecha de vencimiento establecida en las Condiciones Particulares de la póliza sin que resulte de aplicación por tanto lo establecido en el párrafo anterior.

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

a) Por fallecimiento

b) Si en la Póliza **están incluidos familiares que convivan con el Tomador del Seguro,** cuando dejen de vivir de manera habitual en el domicilio de este último, lo cual deberá ser comunicado a la Entidad Aseguradora.

c) Por traslado de residencia al extranjero o por no residir un mínimo de nueve (9) meses al año en territorio nacional. La prima corresponderá a la Entidad Aseguradora hasta la fecha en la que el Asegurado comunique y acredite dicha circunstancia.

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

2.5. Las coberturas contratadas no tomarán efecto mientras no se haya satisfecho el primer recibo de prima.

3. PRIMAS DEL SEGURO

3.1. 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.**

3.2. 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, la Entidad Aseguradora tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago en vía ejecutiva con base en la Póliza, y si no hubiera sido pagada antes de que se produzca el siniestro, la Entidad Aseguradora quedará liberada de su obligación, salvo pacto en contrario.

3.3. En caso de falta de pago de la segunda y sucesivas primas, la garantía de la Entidad Aseguradora queda suspendida un mes después del día de su vencimiento, y si la Entidad Aseguradora 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, la Entidad Aseguradora, cuando el contrato esté en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la prima del periodo en curso.

3.4. En el caso de primas fraccionadas, si ocurre algún siniestro, la Entidad Aseguradora podrá deducir de las cantidades a pagar o rembolsar al Tomador del Seguro o al Asegurado, las fracciones de prima del Seguro

de la anualidad en curso que aún no se hubiesen cobrado por la Entidad Aseguradora.

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

3.6. En cada renovación del contrato la Entidad Aseguradora podrá modificar la prima anual y el importe de la participación del asegurado en el coste de los servicios, de acuerdo a los cálculos técnico-actuariales realizados y basados en el aumento del coste de los servicios sanitarios, el tipo e incremento en la utilización de las prestaciones garantizadas y la inclusión de innovaciones tecnológicas médicas que no estuvieran cubiertas en la fecha de efecto inicial de la póliza.

Las primas a satisfacer por el Tomador, variarán en función de la edad alcanzada por cada uno de los Asegurados, el sexo y la zona geográfica correspondiente al lugar de prestación de los servicios, aplicando las tarifas establecidas por la Entidad Aseguradora en la fecha de renovación de cada póliza.

3.7. El Tomador del Seguro, recibida, en su caso, la comunicación de la Entidad Aseguradora 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 a la Entidad Aseguradora 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.

3.8. El pago del importe de la prima efectuado por el Asegurado al agente de seguros vinculado o corredor de seguros no se entenderá realizado a la Entidad Aseguradora, salvo que, a cambio, el agente entregue al asegurado el recibo de la prima de dicha Entidad Aseguradora.

4. DERECHOS Y DEBERES

4.1. Obligaciones y deberes del Tomador del Seguro y/o Asegurado

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

a) Declarar a la Entidad Aseguradora, antes de la conclusión del contrato y de acuerdo con el cuestionario al que este le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. Quedará exonerado de tal deber si la Entidad Aseguradora no le somete 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.

La Entidad Aseguradora podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al Tomador del Seguro en el plazo de un mes, a contar del conocimiento de la reserva o inexactitud del Tomador del Seguro o Asegurado. Corresponderán a la Entidad Aseguradora, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, primas relativas al periodo en curso en el momento que haga esta declaración. Si el siniestro sobreviene antes de que haga la Entidad Aseguradora 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, la Entidad Aseguradora quedará liberada del pago de la prestación.

b) Comunicar a la Entidad Aseguradora, 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 este en el momento de la perfección del contrato, no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas. La Entidad Aseguradora 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, la Entidad Aseguradora 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.

La Entidad Aseguradora 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, la Entidad Aseguradora queda liberada de su prestación si el Tomador o el Asegurado han actuado con mala fe. En otro caso, la prestación de la Entidad Aseguradora 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 a la Entidad Aseguradora, 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 a la Entidad Aseguradora, liberará a este de toda prestación derivada del siniestro.

e) Para la utilización de los servicios que procedan y estén descritos en el Apartado ¿Qué cubre su seguro? De las presentes Condiciones Generales, 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 a la Entidad Aseguradora 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 a la Entidad Aseguradora 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.

f) Si la asistencia de la madre biológica en el parto se realiza con cargo al seguro de Sanitas de la que aquella fuese asegurada, los hijos recién nacidos podrán ser incluidos en la póliza con todos sus derechos cuando el alta de la madre biológica en la póliza haya tomado efecto con al menos 365 días de antelación al parto. Para ello, el Tomador deberá comunicar a Sanitas tal circunstancia dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha del nacimiento, mediante la cumplimentación de una solicitud de seguro. En todo caso, Sanitas cubrirá la asistencia sanitaria al recién nacido siempre y cuando esté dado de alta como asegurado en la Entidad Aseguradora. Si el alta del recién nacido se comunica con posterioridad al plazo indicado, será necesario cumplimentar el cuestionario de salud y Sanitas podrá rechazar la admisión.

4.2. Derechos del tomador del seguro y/o asegurado

a) Las prestaciones indicadas respectivamente en las condiciones especiales de la póliza.

b) El Tomador del Seguro y/o Asegurado podrá reclamar a la Entidad Aseguradora, en el plazo de un mes desde la entrega de la Póliza, que se subsanen las divergencias existentes entre esta 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 de la Entidad Aseguradora todas las circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por este 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.

4.3. Obligaciones de la Entidad Aseguradora

a) Además de hacer efectivas las garantías aseguradas, la Entidad Aseguradora deberá entregar a 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) La Entidad Aseguradora entregará al Tomador del Seguro y/o Asegurado la(s) tarjeta(s) Sanitas, con especificación del teléfono de información de los servicios de urgencias.

5. RECLAMACIONES

5.1. Libro de reclamaciones

En las oficinas de la Entidad Aseguradora existe un **libro oficial de reclamaciones** para que los Asegurados puedan hacer constar en él las que consideren oportunas.

5.2. 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.

5.3. 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 de reclamación sobre el contrato de seguro, el Tomador, Asegurado, Beneficiario, Tercero perjudicado o Derecho habientes de cualquiera de ellos, deberán dirigirse para su resolución:

1. Al **Departamento de Atención al Cliente de la Entidad Aseguradora**, mediante escrito dirigido a la **calle Ribera del Loira Nº 52 (28042 Madrid)**, al fax **91 585 24 68** o a la **dirección de correo electrónico departamentocalidad@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 de la Entidad Aseguradora, o en caso de no estar conformes con la resolución de este, podrán formular su reclamación ante el Defensor del Asegurado designado por la Entidad Aseguradora en los siguientes casos:

2.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.

2.b) Cuando aún estando fuera de los anteriores supuestos, así lo acepte la Entidad Aseguradora. 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 la Entidad Aseguradora, una resolución motivada que será comunicada por escrito tanto al reclamante como la Entidad Aseguradora para quien resultará vinculante.

3. También, se 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 este.

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

6. OTROS ASPECTOS LEGALES A TENER EN CUENTA

6.1. Subrogación

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

La Entidad Aseguradora 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 a la Entidad Aseguradora en su derecho a subrogarse.

La Entidad Aseguradora 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 Entidad Aseguradora y de Asegurado frente a tercero responsable, el recobro obtenido se repartirá entre ambos en proporción a su respectivo interés.

6.2. Duplicado de la póliza

En caso de extravío de la Póliza, la Entidad Aseguradora 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 a la Entidad Aseguradora de los perjuicios que le irroge la reclamación de un tercero.

6.3. Comunicaciones

6.3.1. Las comunicaciones a la Entidad Aseguradora por parte del Tomador del Seguro, del Asegurado o Beneficiario **se realizarán en el domicilio social señalado en la Póliza.**

6.3.2. Las comunicaciones de la Entidad Aseguradora 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 a la Entidad Aseguradora.

6.3.3. 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 a la Entidad Aseguradora.

6.3.4. El pago del importe de la prima efectuado por el Tomador del Seguro al agente o corredor de seguros no se entenderá realizado a la Entidad Aseguradora, salvo que, a cambio, **el agente o corredor entregue al Tomador del Seguro el recibo de prima de dicha Entidad Aseguradora.**

7. OTROS

El Tomador del Seguro y/o el Asegurado autorizan a la Entidad Aseguradora para que, si este **lo considera necesario, pueda grabar las conversaciones telefónicas** que mantengan en relación con la presente póliza y utilizarlas en sus procesos de control de calidad y, en su caso, como medio de prueba para cualquier reclamación que pudiera surgir entre ambas partes, preservando en todo caso la confidencialidad de las conversaciones mantenidas.

El Tomador del Seguro y/o el Asegurado podrán solicitar a la Entidad Aseguradora copia o transcripción escrita del contenido de las conversaciones grabadas entre ambos.

8. JURISDICCIÓN

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

Hecho por duplicado en Madrid a 31 de Enero de 2012

Por el Asegurado/
Tomador del Seguro

Por el Asegurador

Beatriz López
**Directora Ejecutiva de
Atención al Cliente**
Sanitas, S.A. de Seguros

**SANITAS MÁS
SOLUCIONES PARA
CUIDARTE**

SANITAS MÁS SOLUCIONES PARA CUIDARTE

Además de las prestaciones de su póliza anteriormente detalladas, tendrá a su disposición todos los servicios de Sanitas Más Soluciones Para Cuidarte*. Se trata de unos servicios adicionales a su póliza de salud, destinados a mejorar su calidad de vida. Estos servicios están orientados al bienestar, la prevención, la estética y la maternidad, siempre diseñados, planificados y realizados por médicos de contrastada experiencia. Sanitas Más Soluciones Para Cuidarte es un servicio diferencial de Sanitas, ya que por ser cliente de Sanitas podrá acceder a ellos con unas condiciones muy ventajosas:

- Descuentos respecto al precio privado.
- Primera consulta gratuita** y sin compromiso (consulta media valorada en 150 €).
- Financiación al 0% de interés a 1 año.
- Amplio cuadro médico de contrastada profesionalidad y experiencia.
- Precios cerrados, con consultas y retoques incluidos hasta el alta médica.
- Servicio de atención al clientes especializado.

Sanitas Más Soluciones Para Cuidarte es una amplia gama de servicios orientados a mejorar la calidad de vida de las personas. Ofrecemos:

Especialistas en Maternidad

- Reproducción asistida
 - Sanitas Cordón Umbilical (Conservación de células madres)
 - Pilates para embarazadas
 - Estética durante y después del embarazo
 - Taller de fortalecimiento del suelo pélvico
-

Soluciones Especializadas de Salud

- Cuidamos de tus ojos
 - Soluciones prostáticas
 - Audífonos
-

Programas Avanzados de Prevención

- Reconocimientos integrales avanzados
 - Test de intolerancia alimentaria
 - Programa complementario de rehabilitación cardíaca
 - Psicología
-

Estética y Bienestar

- Medicina y cirugía estética
 - Soluciones Capilares
 - Sanitas Wellbeing
-

* Servicios prestados por Sanitas Diversificación, S.L. y Terapia y Pilates S.L.

** en todos aquellos servicios que requieren valoración médica previa

ESPECIALISTAS EN MATERNIDAD

En Sanitas sabemos lo importante que es esta etapa y queremos ayudarle desde el principio, por eso además de toda la asistencia sanitaria de su póliza, ponemos a su disposición toda una serie de servicios adicionales de los que usted podrá disponer con unos precios especiales.

REPRODUCCIÓN ASISTIDA:

Desde Sanitas Más Soluciones Para Cuidarte ofrecemos tratamientos personalizados a aquellas personas con problemas de esterilidad o infertilidad que deseen tener hijos. Para ello ponemos a su disposición lo último en técnicas de reproducción asistida, en los centros más avanzados y de la mano de especialistas de gran prestigio. Y siempre avalado por la experiencia y profesionalidad de una compañía líder en salud.

Nuestros especialistas determinarán cuáles de las siguientes técnicas y servicios son más recomendables en cada caso:

- Inseminación artificial (homóloga o heteróloga).
- Fecundación In Vitro (FIV), con o sin ICSI (inyección intracitoplasmática de espermatozoides).
- Diagnóstico genético preimplantacional.
- Donación de óvulos y espermatozoides.
- Hatching asistido, maquillaje embrionario, cultivos largos de embriones, etc.

Algunas de las ventajas de confiar estos tratamientos con Sanitas Más Soluciones Para Cuidarte son:

- Excelentes profesionales y gran experiencia. Todos los centros y profesionales están autorizados por Sanitas bajo estrictos procedimientos de acreditación.
- Primera consulta gratuita y sin compromiso (consulta valorada en 120 €).
- Interesantes descuentos y precios cerrados con condiciones especiales.

- Procedimientos biológicos y ginecológicos específicos de cada técnica (Inseminación artificial, FIV, ICSI, etc.).
- Controles ginecológicos y ecográficos necesarios incluidos.
- Posibilidad de financiación al 0% de interés.

SANITAS CORDÓN UMBILICAL:

Ahora Sanitas le ayuda a conservar las células madre de la sangre del cordón umbilical de su bebé en un banco privado.

¿Qué son las células madre?

Llamamos células madre a un tipo especial de células que presentan la característica de dividirse de forma continua, sin perder sus propiedades, y manteniendo su capacidad de producir células especializadas como glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas.

La sangre del cordón umbilical del recién nacido es una fuente de células madre que supone ya una esperanza de vida para miles de pacientes de todo el mundo.

Aplicaciones terapéuticas

En los trasplantes por enfermedades hematológicas graves, como leucemia, linfomas o mielomas múltiples realizados con células madre procedentes del cordón umbilical, se tiene una disponibilidad inmediata de la muestra (a diferencia de los realizados con células madre de médula ósea, en los que se puede tardar entre 3 y 4 meses en encontrar una compatible).

Su valor terapéutico actual ha sido demostrado en más de 8.000 trasplantes y múltiples investigaciones apuntan a que en un futuro se podrán tratar más enfermedades.

¿Por qué preservar la sangre del cordón umbilical de su hijo?

Por su valor terapéutico: Su valor actual está demostrado en más de 8.000 trasplantes, en el campo de las leucemias, linfomas y otras enfermedades, y su potencial terapéutico futuro se refleja en la existencia de programas

de investigación en el ámbito sanitario público y privado de Europa, Asia y Estados Unidos.

Por su utilidad intrafamiliar: su compatibilidad es total con el propio niño y la tasa de supervivencia del trasplante entre hermanos compatibles se sitúa en torno al 73%, frente al 29% en trasplantes de SCU de donante no emparentado.

Por su momento único: la recogida de SCU es un procedimiento sencillo, carente de riesgo para la madre y el bebé, y su disponibilidad es inmediata para la aplicación terapéutica.

¿En qué consiste este servicio?

Se trata de un servicio de recogida de Sangre del Cordón Umbilical en el momento del parto y conservación de las células madre en un banco privado por un número determinado de años.

¿Qué incluye?

- Dispositivo de recogida: le enviamos a domicilio el dispositivo con todo lo necesario para la extracción de la sangre del cordón umbilical.
- Recogida del dispositivo tras el parto.
- Validación de la muestra.
- Transporte hasta el banco de sangre elegido.
- Procesamiento y criopreservación de la muestra en el banco privado.
- Servicio de información telefónica donde recibirá asesoramiento de cualquier aspecto relacionado con el servicio.

PILATES ESPECIAL EMBARAZADAS*

El método Pilates es una de las prácticas más beneficiosas y recomendables para la embarazada. Es un método seguro tanto para la madre como para su bebé, ya que gracias a su nulo impacto y moderada intensidad permite trabajar la musculatura sin sobrecargarla. Resulta enormemente eficaz en la reeducación postural, en la prevención de dolores de espalda y de las frecuentes secuelas posparto.

Aquellas embarazadas que lo practican regularmente tienen entre otras ventajas:

- Menos complicaciones y patologías propias de la gestación.
- Menos partos por cesárea.
- Partos más fisiológicos y de menor duración.
- Recuperación posparto más breve.
- Disminución de la tensión generada en los músculos, ya que trabaja la elongación y la relajación.
- Fortalecimiento de la musculatura en general contribuyendo a la mejora de la postura.
- Disminución de la fatiga y mejora del retorno venoso, disminuyendo el riesgo de desarrollar varices.

* Servicio prestado exclusivamente en los centros Sanitas Mundosalud

ESTÉTICA DURANTE Y DESPUÉS DEL EMBARAZO*

Con Sanitas, nuestras clientas podrán acceder a múltiples tratamientos estéticos que les ayudarán a recuperarse tras el embarazo. Es muy importante que estos sean realizados por profesionales formados para realizarlos en mujeres embarazadas, ya que estas requieren unos cuidados y atención especial. Entre nuestros tratamientos están:

- Prevención y tratamiento de estrías. Las estrías suelen aparecer durante el embarazo en el abdomen, glúteos, pechos o caderas como consecuencia del estiramiento de la piel por el aumento de peso. Sin embargo, con unos correctos hábitos y cuidados se pueden prevenir o tratar y conseguir de este modo una recuperación completa tras el parto.
- Tratamiento anticelulítico posparto. La celulitis aparece como consecuencia del aumento de peso, la falta de ejercicio físico y la retención de líquidos. Todos estos factores son muy comunes durante el embarazo, por lo que tras el parto es muy importante realizarse este tipo de tratamientos para devolver a la piel un aspecto saludable.

- Tratamientos faciales. Higiene facial, tratamientos para las manchas en la piel... Durante el embarazo la piel presenta algunos trastornos debido a los cambios hormonales. Entre los más comunes está la aparición de manchas en la piel, que pueden prevenirse o reducirse de la mano de profesionales.
- Tratamiento reafirmante y remodelante. Tras el embarazo el cuerpo se ha visto sometido a notorios cambios que pueden provocar flacidez. Para que la recuperación sea más rápida y su resultado mejor, ponemos a disposición de nuestras clientas nuestros centros y profesionales para conseguirlo con unos precios muy ventajosos.

* Servicio prestado exclusivamente en los centros Sanitas Mundosalud

TALLER DE FORTALECIMIENTO DEL SUELO PÉLVICO*

La causa principal de la incontinencia urinaria es el debilitamiento de los músculos del suelo pélvico, por lo que hay que prestar especial atención durante el embarazo y posparto, debido a los cambios y deterioro que sufre esta zona. El tratamiento y la prevención más eficaz son el fortalecimiento del periné. En nuestros talleres teórico-prácticos nuestras clientas aprenden a fortalecer el suelo pélvico para prevenir la incontinencia urinaria, o en caso de padecerla, evitar los escapes de orina restableciendo el control esfinteriano.

En nuestro taller se trabajan diferentes áreas para prevenir y tratar los síntomas:

- Enseñar qué es y cómo funciona el periné.
- Entender porqué se produce la incontinencia urinaria.
- Concienciar a la mujer de la importancia que tiene fortalecer el suelo pélvico.
- Enseñar unos hábitos saludables para la prevención y/o mejora de la incontinencia urinaria.
- Tomar conciencia de los músculos del periné.

La charla se complementa con sesiones completamente prácticas en las que se realizan ejercicios de Kegel y gimnasia abdominal hipopresiva para reforzar el suelo pélvico.

* Servicio prestado exclusivamente en los centros Sanitas Mundosalud

SOLUCIONES ESPECIALIZADAS DE SALUD

Sanitas pone a disposición de sus clientes la posibilidad de acceder a tratamientos no incluidos en la cobertura de su póliza de asistencia sanitaria y que le ayudarán a tener una mejor calidad de vida. Se trata de una serie de servicios no esenciales para la salud de las personas pero sí que les permiten a nuestros clientes tener una opción frente a determinados problemas y tratamientos.

CUIDAMOS DE TUS OJOS: CIRUGÍA LASER OCULAR

Más de 10.000 personas ya han solucionado sus problemas de visión con las técnicas más avanzadas en láser ocular con Sanitas Más Soluciones Para Cuidarte. Se trata de la mejor opción para mejorar su imagen a la vez que ganamos en comodidad y calidad de vida; es decir adiós a las gafas y lentes de contacto con total calidad y garantía.

Sanitas selecciona y acredita excelentes especialistas y nuestros cualificados equipos utilizan la última tecnología de cirugía láser ocular para corregir la miopía, hipermetropía o astigmatismo con la máxima precisión y seguridad, además de ofrecer un servicio completo que garantiza los mejores resultados para cada paciente.

Se trata de una cirugía rápida y segura, que se realiza en 15 minutos, sin anestesia general y sin hospitalización; con la última tecnología en láser ocular.

Ventajas de la cirugía láser ocular de Sanitas:

- Las técnicas de cirugía láser ocular más modernas: lasik e intralaser.

- Sin hospitalización ni anestesia.
- Precisión y seguridad: en sólo unos minutos y en una misma sesión, se operan ambos ojos.
- Rápida recuperación y resultados inmediatos.
- Mínimo riesgo.
- Servicio integral que le acompañará antes y después de la operación para garantizar los mejores resultados.

El servicio incluye:

1. Primera consulta gratuita y sin compromiso (valorada en 150 €).
2. Estudio ocular completo para garantizar la viabilidad de la intervención.
3. Todas las curas, retoques y consultas necesarias hasta el alta médica.

CUIDAMOS DE TUS OJOS: VISTA CANSADA (PRESBICIA)

Sanitas Más Soluciones para Cuidarte ponemos a su disposición este novedoso tratamiento, que ofrece la posibilidad de rejuvenecer la visión, olvidándose para siempre de las incómodas gafas y lentillas. Pasará a tener muy buena visión cercana sin alterar la visión de lejos

¿Qué es la vista cansada o presbicia?

La vista cansada o presbicia es la principal anomalía visual que afecta a las personas mayores de 45 años. Esta manifestación se produce cuando hay que separar demasiado lo que estamos leyendo para enfocar bien o cuando hay que quitarse las gafas para leer de cerca, en el caso de la miopía.

El ojo normal, en reposo, está adaptado para la visión lejana. Cuando se requiere la visión de objetos próximos, un libro, la pantalla del móvil, etc., el ojo debe cambiar de foco realizando un esfuerzo al que llamamos acomodación. Este esfuerzo de acomodación lo realiza el cristalino, el cual sirve para enfocar las imágenes, como hace el zoom de una cámara. Con el paso de los años el cristalino va perdiendo su elasticidad, y con ello su capacidad de acomodación. La pérdida esta capacidad se traduce en un

alejamiento progresivo de la distancia más cercana a la que el ojo puede enfocar con nitidez. Cuando este punto supera los 33 cm., es el momento en el que se observan los primeros síntomas de lo que llamamos vista cansada o presbicia.

Cirugía

Con esta técnica pretendemos eliminar la dependencia de las gafas y lentillas, es decir, no requerir de su uso para la visión lejana, y poder alcanzar un grado de visión próxima adecuado para la vida cotidiana, y así restringir el uso de gafas para los objetos más pequeños o en las condiciones de visión más difíciles.

En primer lugar se realizará una primera consulta gratuita (valorada en más de 120 €) y un estudio ocular completo para garantizar que se es apto para la intervención.

La intervención es muy sencilla y sólo dura entre 2 y 3 minutos por ojo. Se lleva a cabo con anestesia tópica (gotas).

Sanitas Más Soluciones para Cuidarte ofrece el tratamiento más seguro para rejuvenecer la visión, con las últimas técnicas en cirugía ocular y garantizando los mejores resultados para cada paciente.

SOLUCIONES PROSTÁTICAS

Siempre a la vanguardia, Sanitas Más Soluciones Para Cuidarte pone a su alcance las ventajas del láser para el tratamiento de patologías prostáticas. Una técnica segura y menos invasiva para tratar la hiperplasia benigna de próstata.

La hiperplasia benigna de próstata suele aparecer en varones mayores de 45-50 años. Se produce cuando la próstata aumenta de tamaño, comprimiendo la uretra y obstruyendo la salida de la orina.

La vaporización fotoselectiva de próstata con Láser Verde es una técnica refrendada por urólogos de todo el mundo, que supone un gran avance en el tratamiento de este problema.

¿Qué ventaja tiene esta técnica?

- Al tratarse de métodos menos invasivos que la cirugía clásica, el paciente puede regresar a su domicilio en pocas horas.
- Se trata de una rápida intervención que puede realizarse en régimen ambulatorio o con ingreso hospitalario mínimo.
- La recuperación es muy rápida y el alivio de los síntomas, inmediato.
- Los resultados son tan duraderos como los de las intervenciones quirúrgicas tradicionales.
- Los riesgos de hemorragias, incontinencia o impotencia se minimizan.
- Sanitas Más Soluciones Para Cuidarte ofrece precios muy ventajosos y posibilidad de financiación a 12 meses con el 0% de interés.
- La primera consulta es gratuita y sin compromiso (consulta valorada en 150 €).

AUDÍFONOS

Porque sabemos lo importante que es escuchar, queremos ayudarle si tuviera algún problema que se lo impida. A menudo, la gente con problemas de audición ve afectada su vida cotidiana y puede afectarle laboral, social, familiar y personalmente. Para ayudarle y que recupere su vida habitual y la de los suyos, ponemos a su disposición nuestro servicio de audífonos.

Los clientes de Sanitas pueden acceder a descuentos especiales en una amplia gama de audífonos digitales de última generación, eficaces y discretos. Nuestro servicio incluye:

1. Completo examen auditivo, gracias al cual el especialista determinará el tipo de audífono que más le conviene.
2. Audífono de última tecnología y máxima adaptación a su problema.
3. Seguimiento de la evolución, con una segunda consulta y posteriores revisiones.

Y todo ello con los descuentos especiales para nuestros clientes y las ventajosas condiciones de financiación que ponemos a su disposición (0% de intereses a 1 año).

PROGRAMAS AVANZADOS DE PREVENCIÓN

Sanitas Más Soluciones Para Cuidarte ha desarrollado una serie de programas especiales con el objetivo de dar un paso más en la prevención y en ofrecer una posibilidad de aumentar la calidad de vida de nuestros clientes.

RECONOCIMIENTOS INTEGRALES AVANZADOS

La principal ventaja de nuestros chequeos médicos integrales es la rapidez, ya que en sólo unas horas y con todas las comodidades, podrá realizarse todas las pruebas. Sanitas ofrece a sus clientes estos programas integrales, que a través de numerosas pruebas realizadas en un mismo día y en un mismo centro médico u hospital permitirán determinar el funcionamiento de los principales órganos vitales y detectar posibles problemas para su inmediato tratamiento. Existen varios tipos de chequeos para adaptarse a cada necesidad e inquietud. Todos los circuitos de pruebas y consultas con especialistas han sido diseñados por un experto equipo de Sanitas.

Estos son algunos de los chequeos que Sanitas Más Soluciones Para Cuidarte ofrece:

Classic	Complete	Integral		
				Protocolos: Pruebas y consultas médicas
•	•	•	GENERAL	Consulta y exploración física por aparatos
•	•	•	CORAZON Y PULMONES	Prueba de esfuerzo físico o ergometría.
	•			Score Cálculo. Se realiza con un escáner TAC que detecta la calcificación coronaria antes de que los síntomas se desarrollen.
•	•	•		Medida de presión arterial y pulso
•	•	•		Electrocardiograma
•	•	•		Test de funcionamiento pulmonar o Espirometría
	•	•		Eco-cardiograma
•	•	•		Test de Framingham. Riesgo cardiovascular
•	•	•	CORPORAL	Peso y talla
•	•	•		Cálculo de masa corporal
•	•	•	ANALISIS CLINICOS	Hemograma completo
•	•	•		Niveles de urea, creatinina y ácido úrico
•	•	•		Niveles de glucosa
•	•	•		Niveles de calcio (mujeres)
•	•	•		Hígado
•	•	•		Niveles de colesterol y triglicéridos
	•	•		Marcadores tumorales (hombres)
	•	•		Antígenos y anticuerpos de hepatitis
	•	•		Hormonas tiroideas
•	•	•		Análisis de orina
•	•	•	VISTA Y OIDO	Revisión oftalmológica
•	•	•		Revisión otorrino-laringológica
	•	•	HOMBRE/ MUJER	Revisión ginecológica/uroológica
•	•	•	RADIOLOGÍA	Rx de tórax
	•	•		Ecografía abdominal renal y hepática
	•	•		Mamografía bilateral (mujeres)
	•		AP.DIGESTIVO	Colonoscopia: consulta preanestésica y colonoscopia con sedación

Entre las ventajas de los chequeos médicos ofrecidos por Sanitas Más Soluciones Para Cuidarte:

- Diseño exclusivo de chequeos por los mejores especialistas con un servicio personalizado de calidad asistencial.
- Recepción de resultados en el mismo día, en la mayoría de los programas, siempre que la naturaleza de las pruebas lo permita.
- Amplio y detallado informe médico en un lenguaje claro y comprensible.
- Atención de consultas o dudas por parte del equipo médico para que nuestros clientes puedan adoptar fácilmente las medidas y recomendaciones que mejoren su salud y calidad de vida.

TEST DE INTOLERANCIA ALIMENTARIA

Consiste en una sencilla extracción de sangre que permite analizar la reacción de los anticuerpos del paciente ante más de 200 alimentos e identificar aquellos que causan rechazo.

Una interpretación médica de estos resultados define con precisión los alimentos que se recomienda eliminar y la dieta más adecuada para que el paciente mantenga su salud en perfecto estado.

Cualquier persona mayor de 16 años que, de forma irregular y aparentemente injustificada, padezca alguna patología y quiera descartar posibles casos de intolerancia o tratarlos convenientemente en caso de que se detecten, puede realizarse el test.

Los trastornos o patologías que podrían solucionarse adaptando la dieta a los resultados revelados por el test son:

- Problemas gastrointestinales: dolores abdominales, diarrea, vómitos, estreñimiento, hinchazón o colon irritable.
- Procesos dermatológicos: acné, eczema, soriasis, urticaria o picor.
- Molestias neurológicas: dolor de cabeza, migrañas, mareos o vértigos.

- Molestias respiratorias: asma, rinitis o dificultad respiratoria.
- Trastornos endocrinos: personas obesas que no responden a tratamientos habituales de adelgazamiento.
- Otros: artritis, fibromialgia, articulaciones inflamadas, etc.

Con una extracción de sangre se identificarán los alimentos que pueden generar una respuesta inmunológica no deseable y ser causa de trastornos como retención de líquidos, migrañas, problemas digestivos o fatigas.

Este servicio comprende:

- Análisis de sangre.
- Dossier completo con toda la información de la prueba.
- Tarjeta de bolsillo en la que se indican los alimentos perjudiciales para tu salud.
- Una dieta personalizada, en función de los resultados.
- Aunque los resultados son sencillos de interpretar, si el paciente tiene alguna duda puede solicitar la llamada de un experto en nutrición, que en 48 horas laborables se pondrá en contacto con él.

PROGRAMA COMPLEMENTARIO DE REHABILITACIÓN CARDIACA

Es un programa con una duración de entre 3 y 6 meses, dirigido a la recuperación física y emocional de los pacientes que han sufrido un episodio o enfermedad cardiovascular y para aquellas personas que reúnen varios factores de riesgo.

Este programa es fundamental para lograr una pronta reincorporación a la vida familiar, social y laboral, aprender a detectar los síntomas de la enfermedad, el control de los factores de riesgo y la mejor calidad de vida posible.

El programa consta de:

- Seguimiento por parte de los equipos médicos multidisciplinares: médicos rehabilitadores, cardiólogos, psicólogos, fisioterapeutas, ATS, etc.

- Atención en centros especializados.
- Programa de entrenamiento físico personalizado.
- Formación para el autocontrol de los factores de riesgo.
- Estudio del tipo de vida laboral del paciente.
- Tratamiento de aspectos psicológicos para enfrentarse a situaciones de ansiedad.
- Presencia continuada de un cardiólogo.
- Material impreso de apoyo.
- Inclusión en el programa Sanitas Responde.

PSICOLOGÍA

En Sanitas Más Soluciones Para Cuidarte también estamos a su lado para escucharle y ayudarse a sentirse bien en todo momento.

Por eso, ahora, si necesitase más sesiones de psicología de las que incluye su póliza de asistencia sanitaria puede recibir la atención de los mejores psicólogos y contar con un precio exclusivo por sesión.

Se trata de sesiones de Psicología de carácter individual cuya finalidad es el tratamiento de patologías susceptibles de tratamiento como son:

- anorexia
- alteraciones del sueño
- estrés
- fracaso escolar
- ansiedad
- conducta
- depresión
- relaciones de pareja
- bulimia

Entre otras, las ventajas del servicio de Psicología de Sanitas Más Soluciones Para Cuidarte, son:

- Posibilidad de ampliar, cuanto quiera, el número de sesiones terapéuticas. Si desea comenzar a recibir atención psicológica o si ha iniciado un tratamiento psicológico y quiere continuarlo más allá de las sesiones incluidas en su póliza, puede contratar bonos complementarios de psicología de 1, 2 y 3 meses a un precio muy especial.
- Con los bonos, podrá acudir a la consulta las veces que lo necesite durante ese

tiempo a un precio excepcional de 26 € por sesión.

- Podrá elegir entre un amplio cuadro de psicólogos seleccionados por Sanitas.

Acceder a este servicio es muy sencillo. Sólo tiene que:

1. Solicitar el bono a Sanitas Más Soluciones Para Cuidarte.
2. Elegir profesional.
3. Abonar una cuota de alta en el servicio. Esta cantidad puede variar en función del tiempo y sesiones que el cliente necesite.
4. Acudir a la consulta y abonar las sesiones.

ESTÉTICA Y BIENESTAR

MEDICINA Y CIRUGÍA ESTÉTICA

Nuestros servicios de Medicina y Cirugía están especialmente recomendados para aquellas personas que deseen mejorar su imagen cuidando, ante todo, de su salud.

Para ello, Sanitas cuenta con destacados especialistas, centros de primer nivel y una amplia gama de cirugías y tratamientos médico estéticos a los que nuestros clientes pueden acceder con unas condiciones muy ventajosas.

Ponemos a su disposición una amplia variedad de servicios Innovadores entre los que están:

- Tratamientos médico estéticos:
 - Tratamientos de rejuvenecimiento facial:
 - peeling químico
 - relleno de arrugas
 - infiltración de ácido hialurónico
 - etc..
 - Depilación por láser Alejandrita o Diodo
 - Tratamientos vasculares: eliminación de varices
 - Eliminación de manchas, cicatrices y tatuajes
- Cirugía estética:
 - Corporal:
 - aumento y reducción mamaria
 - liposucción
 - abdominoplastia

- refining
- liposucción mínimamente invasiva
- etc.

- Facial:
 - lifting
 - blefaroplastia
 - otoplastia
 - rinoplastia
 - etc.

- Innovadores servicios para cuidarle:
 - Programa de Nutrición y Bienestar: para cuidar el peso, forma física y hábitos alimentarios de modo personalizado.
 - Cuidados para su salud: pilates, osteopatía, fisioterapia, tratamientos de belleza en cabina, presoterapia, masajes corporales y craneal, reflexología podal, etc.

Las ventajas de contratar uno de estos servicios a través de Sanitas Más Soluciones Para Cuidarte son:

- Una primera consulta de diagnóstico gratuita.
- Siempre servicios prestados/prescritos por excelentes profesionales médicos de gran experiencia.
- Calidad, servicio, profesionalidad y tecnología punta.
- Precio cerrado por todo el servicio, con un importante descuento frente al precio privado. Nuestros precios incluyen consultas, pruebas preoperatorias (en caso de que sea necesario), la propia intervención, revisiones hasta el alta y retoques a criterio médico.
- Facilidades de financiación (0% de interés a 1 año. Consultar condiciones en plazos más largos).
- Unidad telefónica especializada.

SOLUCIONES CAPILARES

Los problemas capilares y la caída del cabello provocan pérdida de confianza, dificulta las relaciones sociales y nos hace sentir menos atractivos y con más edad de la que realmente

tenemos. Por ello, Sanitas Más Soluciones para Cuidarte pone a su disposición las mejores soluciones capilares para hacerte sentir mejor.

¿Sabías qué?

- El 35% de la población se ve afectada por problemas capilares
- Los principales clientes son los hombres (64%), con un nivel de caída del cabello en fase inicial o moderada.
- Las mujeres demandan estos servicios de forma cada vez más activa por las implicaciones estéticas que conllevan, alcanzando el 36% de los clientes que solicitan una solución capilar.

Nuestro equipo de expertos realizará todos los análisis y pruebas necesarias para conseguir un diagnóstico precoz y desarrollar un tratamiento personalizado encaminado a resolver su problema de forma eficaz. Prestarle la atención adecuada cuando empiezan a comenzar los síntomas es la mejor manera de prevenir posibles trastornos.

Técnicas

Desde Sanitas Más Soluciones para Cuidarte recomendamos un análisis personal de cada caso. Realizamos un exhaustivo análisis del cuero cabelludo, llegando a un diagnóstico adecuado del problema para recomendar la mejor solución dentro de los servicios que ofrecen nuestros centros:

Tratamientos:

- Orientados a prevenir y frenar la caída del cabello, regenerándolo (siempre que exista folículo), así como normalizando el funcionamiento del cuero cabelludo
- Pueden ser de tipo: preventivo, correctivo, de regeneración y de mantenimiento, mediante:

Sistemas:

Los sistemas de integración son prótesis capilares a medida: con el objetivo de cubrir de

forma permanente, alopecias avanzadas o falta de volumen en mujeres.

Microinjerto capilar:

- El microinjerto capilar es la técnica mediante la cual se redistribuye quirúrgicamente el cabello de una zona donante a otra receptora. Consiste en extraer una tira de pelo de la parte posterior de la cabeza para luego insertar la raíz en las zonas más despobladas dándoles el mismo ángulo y dirección original, consiguiendo un aspecto natural.
- La intervención de microinjerto incluye diagnóstico previo, intervención post operatorio, y seguimiento médico en centro.

Sanitas Más Soluciones para Cuidarte es una garantía de calidad que ofrece la tecnología más avanzada en diagnóstico capilar y técnicas personalizadas para dar una solución específica a cada problema; y todo ello de la mano de un equipo técnico especializado y de contrastada experiencia.

SANITAS WELLBEING

Un producto de cuota mensual o pago anual diseñado para que nuestros clientes puedan cuidarse al mejor precio con los últimos avances en salud y bienestar. Sanitas Wellbeing ofrece increíbles ventajas. El pago de estas cuotas le da acceso a:

1. Servicios gratuitos incluidos: Incluyendo consultas de asesoramiento estético, masajes wellness, clases de pilates, yoga y tai chi, talleres posturales, nutrición y terapias alternativas (shiatsu, hidroterapia, osteopatía, homeopatía, reiki, aromaterapia y acupuntura).
2. Exclusivos precios especiales concertados en nuestros Centros Wellbeing, con descuentos de hasta el 30% en una amplia gama de servicios de bienestar desde terapias preventivas, nutrición, pilates, estética y mucho más.

3. Además con tu tarjeta Sanitas Wellbeing, recibirás siempre un trato preferencial en nuestros centros, con descuentos de hasta el 10% en servicios especiales como depilación láser, cremas de tratamiento de las mejores marcas, e incluso descuentos sobre otras promociones que puedan ofrecer los centros wellbeing.

pago se realiza telefónicamente y mediante tarjeta bancaria.

5. En el plazo de una semana recibirá en su domicilio la factura correspondiente al servicio contratado.

* para todos aquellos servicios que requieren una primera cita de valoración

¿CÓMO ACCEDER A SANITAS MÁS SOLUCIONES PARA CUIDARTE?

Los pasos son muy sencillos:

1. Sólo tendrá que llamar al teléfono 902 500 079 y una persona de nuestro equipo le ayudará en cualquier duda o trámite que necesite: dudas del propio servicio, provisión médico donde realizarlo, precios de los servicios, etc. Se trata de un equipo de dilatada experiencia que agilizará al máximo los trámites y resolverá todas sus dudas para que usted sólo tenga que decidirse. En caso de que quiera contratar alguno de los servicios ofrecidos, simplemente tendrá que seguir las pautas establecidas por nuestro personal, entre las que están:
 - Identificación personal: nombre, apellidos, DNI, nº de póliza Sanitas, teléfono, dirección postal y de correo electrónico; estos datos son necesarios para verificar la autenticidad de la llamada.
 - Proveedor médico elegido: nuestro equipo le ofrecerá una serie de profesionales donde podrá realizarse el servicio.
2. A continuación, le gestionaremos de manera totalmente gratuita su primera cita médica* donde el profesional seleccionado por usted valorará su tratamiento.
3. En algunos casos será el propio médico y en otros deberá llamar a Sanitas Más Soluciones Para Cuidarte, donde le entregarán un presupuesto totalmente personalizado.
4. En caso de que esté interesado deberá realizar la contratación y pago del servicio a través del teléfono de Sanitas Más Soluciones Para Cuidarte (902 500 079). El

CONOCE TODAS LAS VENTAJAS DE SANITAS MÁS SOLUCIONES PARA CUIDARTE

• SELECCIONADO CUADRO MÉDICO

Desde Sanitas Más Soluciones Para Cuidarte seleccionamos a los mejores proveedores para poder ofrecer todos nuestros servicios con la máxima tranquilidad y confianza. Se trata de expertos profesionales, de dilatada carrera y que utilizan las más avanzadas tecnologías en su práctica médica. Nuestro equipo de atención al cliente le detallará cual es la provisión médica acreditada para su provincia donde podrá disfrutar de las ventajas y la garantía de Sanitas Más Soluciones Para Cuidarte.

• FINANCIACIÓN

También será el equipo de atención al cliente de Sanitas Más Soluciones Para Cuidarte (902 500 079) el que le gestionará todos los trámites para que pueda financiar sus tratamientos. Hemos alcanzado un acuerdo por el que podrá acceder a unas ventajosas condiciones que le ayudarán a abonar su tratamiento de una forma aún más cómoda: 0% de interés a 1 año. También podrá consultar las condiciones para otros periodos de tiempo.

• 1ª CONSULTA GRATIS

En Sanitas Más Soluciones Para Cuidarte tendrá su primera consulta totalmente gratis* y sin compromiso alguno. Esta consulta tiene un valor medio en el mercado de 150 €. Sólo tendrá que llamar a nuestro equipo de atención al cliente, interesarse por uno de nuestros servicios y solicitar su cita. Un vez que el médico haya evaluado su caso, usted podrá

decidir libremente si contrata o no dicho servicio.

* para todos aquellos servicios que requieren una primera cita de valoración

• **IMPORTANTES DESCUENTOS**

Los precios de todos nuestros servicios suponen un descuento respecto a los precios medios de mercado de un 20%. Simplemente por contratar con Sanitas Más Soluciones Para Cuidarte usted tendrá este descuento ya incluido en el precio final.

• **PRECIOS CERRADOS**

Todos nuestros precios incluyen:

- 1ª consulta gratuita en todos los servicios que requieren valoración médica.
- El tratamiento o intervención.
- Resto de consultas que pudiesen ser necesarias.
- Retoques posteriores en caso de que fuese necesario*.

Se trata de precios cerrados y fijados con anterioridad a la realización del tratamiento o la intervención.

* siempre bajo prescripción del médico que realizó el tratamiento o intervención

• **EQUIPO DE ATENCIÓN AL CLIENTE ESPECIALIZADO**

Nuestro equipo de atención al cliente está especializado en todos nuestros servicios y le ayudará con cualquier duda o trámite que pueda necesitar. Se trata de un equipo multidisciplinar con amplios conocimientos de todos nuestros servicios y con capacidad para gestionar sus pagos y financiaciones.