

Índice

SUS CONDICIONES GENERALES

Páginas

• Glosario de términos	9
• Cláusula preliminar	15
• Cláusula I: Objeto del seguro	17
• Cláusula II: Prestación de Asistencia Sanitaria por Cuadro Médico	17
A. Modalidad de cuadro médico	
1. ASISTENCIA PRIMARIA	17
1.1. Medicina familiar	17
1.2. Pediatría y puericultura	17
1.2.1. Neonatología, Asistencia al recién nacido	17
1.2.2. Programa de salud materno infantil	17
1.3. Servicio de enfermería.	17
2. URGENCIAS	17
3. ESPECIALIDADES MÉDICAS	17
3.1. Alergología	17
3.2. Análisis clínicos	17
3.2.1. Estudios genéticos	17
3.3. Anatomía patológica	18
3.4. Anestesiología y reanimación	18
3.5. Angiología y Cirugía Vascolar	18
3.6. Aparato Digestivo	18
3.7. Cardiología	18



3.8. Cirugía cardiovascular	18
3.9. Cirugía general y del Aparato Digestivo	18
3.10. Cirugía Oral y Maxilofacial	18
3.11. Cirugía Ortopédica y Traumatológica	18
3.12. Cirugía Pediátrica	18
3.13. Cirugía Plástica y Reparadora	18
3.14. Cirugía Torácica	18
3.15. Dermatología	18
3.16. Endocrinología y Nutrición	18
3.17. Geriátrica	18
3.18. Hematología y Hemoterapia	18
3.19. Medicina Interna	18
3.20. Medicina Nuclear	18
3.21. Nefrología	19
3.22. Neumología	19
3.23. Neurocirugía	19
3.24. Neurofisiología Clínica	19
3.25. Neurología	19
3.26. Obstetricia y Ginecología	19
3.27. Oftalmología	20
3.28. Oncología Médica	20
3.29. Oncología Radioterápica	20
3.30. Otorrinolaringología	20
3.31. Psiquiatría	20
3.32. Reumatología	20
3.33. Rehabilitación	20
3.34. Radiodiagnóstico-Diagnóstico por Imagen	20

3.35.Urología	21
4. OTROS SERVICIOS ASISTENCIALES	21
4.1. Ambulancia	21
4.2. Atención especial en domicilio	22
4.3. Enfermería Obstétrico-ginecológica (Matronas)	22
4.4. Fisioterapia	22
4.5. Logofoniatría	22
4.6. Psicología	22
4.7. Médicos y cirujanos consultores	22
4.8. Odontostomatología	22
4.9. Podología (exclusivamente quiropodia)	22
4.10.Preparación al Parto	22
4.11. Prótesis	22
4.12. Terapias respiratorias domiciliarias	23
4.13.Tratamiento del dolor	23
5. HOSPITALIZACIÓN	23
6. SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA	24
7. ASISTENCIA EN ESTADOS UNIDOS	24
8. SANITAS 24 HORAS	24
9. PLAZOS DE CARENCIA	24
• Cláusula III: Reembolso de Gastos Sanitarios	25
B. Modalidad de Reembolso	
GARANTÍAS	25
Garantía de Asistencia Hospitalaria	25
Garantía de Asistencia Extrahospitalaria	25
Garantía de Prótesis	26
Garantía de Psiquiatría	26

Garantía de Recién Nacidos	26
Garantía Farmacia	26
Garantía de Rehabilitación y Fisioterapia	26
Garantía de Odontología	27
Plazos de Carencia para la modalidad de reembolso	27
Franquicias	27
• Cobertura dental reembolso	
1. Condiciones especiales de la garantía de asistencia Sanitaria Dental	0
2. Servicios con franquicia a cargo del Asegurado	0
¿Qué no cubre su seguro?	29
• Cláusula IV: Otros aspectos de su seguro	31
1. BASES, PÉRDIDA DE DERECHOS E INDISPUTABILIDAD DEL CONTRATO	31
2. DURACIÓN DEL SEGURO	32
3. SINIESTROS, REEMBOLSOS Y CONTROVERSIAS	32
4. CONTROVERSIAS	35
5. PRIMAS DEL SEGURO	36
6. DERECHOS Y DEBERES	37
7. RECLAMACIONES	39
8. OTROS ASPECTOS LEGALES A TENER EN CUENTA	40
9. OTROS	40
10. JURISDICCIÓN	41
COBERTURAS ADICIONALES DE SU PÓLIZA	
• Garantía de Indemnización Hospitalaria	45

SANITAS MÁS SOLUCIONES PARA CUIDARTE

- **Especialistas en Maternidad** **54**
- **Soluciones especializadas de salud** **56**
- **Programas Avanzados de Prevención** **58**
- **Estética y bienestar** **61**

VENTAJAS EXCLUSIVAS

- **¿Qué ventajas tengo por ser cliente de SANITAS PREMIUM 500?** **67**

SI NECESITA CONTACTAR CON NOSOTROS

- **Datos de contacto** **69**

SUS TELÉFONOS Y DIRECCIONES DE INTERÉS

- **Agenda personal** **70**

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 Premium 500 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 CARENCIA

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

PLAZO DE DISPUTABILIDAD

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

PÓLIZA

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

PRESTACIÓN

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

PRIMA

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

PRÓTESIS

Todo elemento de cualquier naturaleza, que reemplaza temporal o permanentemente la ausencia de un órgano, tejido, fluido orgánico ,miembro o parte de alguno de éstos. A título de ejemplo, tienen esa consideración los elementos mecánicos (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 o parte 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: Prestación de Asistencia Sanitaria por Cuadro Médico

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 Premium 500.

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 Entidad Aseguradora designe y será necesaria la prescripción escrita de un médico concertado con la Entidad Aseguradora.**

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: Quedan 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 Odontostomatología, 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. Geriatría: queda excluido cualquier tipo de ingreso derivado de problemas de tipo social.

3.18. Hematología y Hemoterapia: comprende trasplantes autólogos tanto de médula ósea como 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 reside 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 cardíaca 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 Premium 500 y a petición razonada de un médico especialista de la misma.

4.8. Odontoestomatología: 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.

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 prescriptos 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. ASISTENCIA EN ESTADOS UNIDOS

Las garantías objeto de cobertura por esta póliza podrán ser prestadas al asegurado en Estados Unidos a través de los centros concertados por UHC, siempre que dichos servicios sean previamente autorizados por Sanitas, la cual gestionará y tramitará los servicios objeto de cobertura.

La cobertura en Estados Unidos alcanza el cien por cien de los gastos médicos hasta los límites de capital asegurado por asegurado y anualidad indicados a continuación:

- Límite total en Estados Unidos: 500.000€
- Asistencia hospitalaria hasta 443.500€. Con el sublímite parto hasta 3.610€
- Asistencia extrahospitalaria, hasta 52.000€

La presente cobertura se presta en virtud del acuerdo de colaboración con United Healthcare, quedando sin efecto en caso de extinción de dicho acuerdo.

8. 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.

9. PLAZOS DE CARENIA

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

- 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.

Cláusula III: Reembolso de Gastos Sanitarios

Por el presente contrato, la Entidad Aseguradora asume, en los términos establecidos en la presente póliza, el reembolso de una parte de los gastos, razonables y usuales, realmente incurridos por el Asegurado derivados de la asistencia médico-quirúrgica y/u hospitalaria que le sea prestada a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto por la presente Póliza, en los mismos términos y límites de cobertura que se expresan en las presentes Condiciones Generales respecto a la modalidad de cuadro medico, con las salvedades que se indican a continuación.

Para esta modalidad de reembolso de gastos, los capitales asegurados serán los específicamente establecidos en las condiciones particulares de esta póliza y los periodos de carencia serán los establecidos más adelante en el presente apartado.

GARANTÍAS:

Garantía de Asistencia Hospitalaria:

Comprende el reembolso parcial por parte de la Entidad Aseguradora de los gastos correspondientes exclusivamente a la asistencia médica y/o quirúrgica prestada al Asegurado como consecuencia del internamiento del mismo como paciente en un hospital, siempre que dicho internamiento haya sido prescrito por un médico. Quedan incluidos dentro de esta garantía los gastos originados por intervenciones quirúrgicas, siempre que éstas sean prescritas y realizadas por un médico (honorarios de cirujanos y sus ayudantes, anestesista, utilización de quirófano, material y medicamentos), estancias en U.V.I. o U.C.I., así como los gastos de hospitalización que incluyan manutención y habitación convencional con cama de acompañante.

Asimismo, serán objeto de reembolso parcial por parte de la Entidad Aseguradora, los gastos relativos a la asistencia médica y/o quirúrgica en régimen hospitalario debida a parto, que incluye los siguientes gastos: habitación convencional con cama de acompañante y manutención de la parturienta, curas y su material, así como los derechos de paritorio y medicamentos que la parturienta consuma durante su estancia en el hospital, los honorarios de obstetricia, anestesista y matrona.

Garantía de Asistencia Extrahospitalaria:

Comprende el reembolso parcial por parte de la Entidad Aseguradora de los gastos correspondientes a consultas médicas y servicios de urgencia a domicilio. Igualmente comprende el reembolso parcial por parte de la Entidad Aseguradora de los gastos correspondientes a pruebas diagnósticas, métodos terapéuticos y cirugía de día o ambulatoria que le sean practicados al Asegurado por prescripción de un médico. Comprende, asimismo, el reembolso parcial por parte de la Entidad Aseguradora de los gastos originados por consultas odontológicas y extracciones, curas estomatológicas derivadas de estas extracciones y limpieza de boca, realizadas por un odontólogo.

Comprende el reembolso parcial de los gastos correspondientes al servicio de ambulancia por vía terrestre, para el traslado del Asegurado a un hospital o desde éste a su domicilio por prescripción de un médico. El servicio se prestará en conformidad con los límites económicos establecidos en las Condiciones Particulares de esta póliza. Esta prestación no incluye los traslados requeridos para tratamientos de Rehabilitación, realización de pruebas diagnósticas ni asistencia a consultas médicas en régimen ambulatorio.

Comprende también la atención especial en domicilio prescrita por un médico. No comprende la asistencia de tipo social.

Asimismo, comprende el servicio de podología (exclusivamente quiropodia) con el límite máximo de sesiones fijado en las Condiciones Particulares de esta Póliza.

Comprende la atención psicológica en las condiciones establecidas en el apartado relativo a la modalidad de cuadro médico, prestada exclusivamente a través de profesionales concertados por la Entidad Aseguradora.

Garantía de Prótesis:

Comprende exclusivamente el reembolso parcial hasta el límite del capital asegurado establecido en las condiciones particulares para la modalidad de reembolso, de las prótesis y material implantable en los mismos términos y límites de cobertura que los indicados en el punto de prótesis para la modalidad de cuadro médico concertado.

Garantía de Psiquiatría:

Comprende el reembolso parcial por parte de la Entidad Aseguradora de los gastos correspondientes a la asistencia médica y/u hospitalaria de las enfermedades mentales bajo prescripción facultativa. Solo se reembolsarán, hasta el límite económico especificado en las condiciones particulares, los gastos correspondientes a ingresos psiquiátricos para tratamientos de brotes agudos.

Garantía de Recién Nacidos:

Comprende el reembolso parcial por parte de la Entidad Aseguradora de los gastos correspondientes a la asistencia médica y/u hospitalaria que precise el recién nacido desde el momento de su nacimiento, siempre y cuando haya sido dado de alta en la Entidad Aseguradora.

Si los gastos citados en el párrafo anterior fueran como consecuencia de enfermedades de carácter congénito, el reembolso se otorgará únicamente durante el primer año de vida del recién nacido y con el límite máximo económico fijado en las Condiciones Particulares de esta Póliza. Además, para tener derecho a esta garantía es necesario que el alta de la madre en la Póliza haya tomado efecto con al menos 365 días de antelación al parto, así como que el recién nacido haya sido dado de alta en la Entidad Aseguradora.

Garantía de Farmacia:

Comprende el reembolso del importe de aquellos medicamentos cuya comercialización se encuentre autorizada por el organismo público competente en la materia, y siempre que sea necesarios para el tratamiento de patologías sufridas por el asegurado y que sean objeto de cobertura por esta póliza.

El reembolso de dicho importe se realizará en el porcentaje establecido en las Condiciones Particulares y hasta el límite del capital asegurado igualmente indicado en las mismas. Una vez aportado por el asegurado la factura acreditativa de haber abonado el medicamento, el documento de prescripción de un médico.

Garantía de Rehabilitación y Fisioterapia:

Comprende, el reembolso parcial por parte de la Entidad Aseguradora de los gastos correspondientes exclusivamente, a la rehabilitación de **origen traumatológico**, prestada para las afecciones del aparato locomotor, con carácter ambulatorio prescrita por un médico especialista. En régimen hospitalario, queda cubierta la rehabilitación postquirúrgica, exclusivamente para recuperación del aparato locomotor secundaria

a una Cirugía Ortopédica y la rehabilitación cardíaca para recuperación postcirugías con circulación extracorpórea.

Queda expresamente excluida la Rehabilitación de origen neurológico.

Garantía de Odontología:

Comprende el reembolso parcial por parte de la Entidad Aseguradora de los gastos correspondientes a los servicios odontológicos prestados exclusivamente por proveedores del cuadro médico Sanitas Dental.

Solamente serán objeto de reembolso de gastos los servicios definidos en el apartado "Franquicias Dentales" vigentes en el momento de realización y por los importes aquí establecidos.

Los gastos ocasionados por el Asegurado cuando utilice los servicios indicados en el apartado a) de la Cobertura Dental Reembolso en los centros indicados por el asegurador no serán considerados en el cómputo del límite de capital asegurado establecido en la presente póliza.

Plazos de Carencia para la modalidad de reembolso:

En caso de acudir a un profesional por la opción reembolso de gastos los periodos de carencia son:

- Hospitalización e intervención quirúrgica no ambulatoria incluida la asistencia al parto: 240 días
- Cirugía bariátrica 36 meses
- Radioterapia, quimioterapia, cobaltoterapia, isótopos radioactivos, acelerador lineal, scanner, resonancia magnética, medicina nuclear, densitometría ósea, litotricia, arteriografía digital, radioneurocirugía e hipertermia terapéutica prostática: 150 días.
- Fisioterapia, rehabilitación, láser, logofoniatría y anatomía patológica: 90 días

- Hospitalización psiquiátrica: 240 días
- Cobertura dental: 240 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.

Franquicias

Con carácter general, la Entidad Aseguradora reembolsará únicamente el porcentaje indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza, del importe de los gastos médicos y/u hospitalarios en los que incurra realmente el Asegurado como consecuencia de la asistencia médica y/u hospitalaria contemplada en las Garantías de Asistencia Hospitalaria, Asistencia Extrahospitalaria, Prótesis, Psiquiatría, Recién Nacidos y Rehabilitación y Fisioterapia , anteriormente descritas por los riesgos cubiertos y no excluidos, conforme a lo establecido en las presentes Condiciones Generales , siendo la diferencia porcentual restante a cargo del propio Asegurado.

No obstante, en el caso de que el Asegurado utilice los servicios asistenciales médicos y/u hospitalarios en España concertados por la Entidad Aseguradora, el Tomador del Seguro o Asegurado no tendrán que hacer efectivo el pago por dichos servicios, corriendo la totalidad de los gastos médicos y/u hospitalarios por cuenta y a cargo de la Entidad Aseguradora, quien efectuará directamente el pago por dichos servicios. Para ello, el Asegurado deberá solicitar la previa autorización del servicio por la Entidad Aseguradora, según se indica en el apartado correspondiente de la modalidad de cuadro médico y presentar su tarjeta Sanitas. Igualmente, vendrá obligado a exhibir su Documento Nacional de Identidad o Tarjeta de Residencia, si así le fuesen requeridos.

Asimismo, en el caso de que el Asegurado utilice los servicios asistenciales médicos y/u hospitalarios en Estados Unidos concertados por la Entidad Aseguradora, se aplicará lo

establecido en el punto Asistencia en Estados Unidos del apartado correspondiente a la modalidad de cuadro médico.

¿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, troteo, 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 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. A partir de los 64 años de edad, el Asegurado solo mantendrá el acceso a través de cuadro médico, tanto en asistencia sanitaria como en dental. Se excluye, por tanto, la modalidad de reembolso para dichas coberturas.

2.3. 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.

2.4. 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.

2.5. 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.

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

3. SINIESTROS, REEMBOLSOS Y CONTROVERSIAS

3.1. Tramitación de siniestro en caso de utilización de medios no recomendados por la Entidad Aseguradora.

Para la tramitación de un siniestro, en caso de que el Asegurado utilice los servicios asistenciales médicos y/u hospitalarios no recomendados por la Entidad Aseguradora, cubiertos parcialmente por esta Póliza (reembolso del porcentaje de gastos indicado en las Condiciones Particulares de la misma) deben cumplirse las siguientes normas:

3.1.1. El Asegurado o cualquier persona en su nombre deberá comunicar el siniestro a la Entidad Aseguradora dentro de los siguientes plazos:

a) En los casos de asistencia sanitaria de urgencia, dentro de los cinco (5) días laborables siguientes a la fecha en que tenga lugar la asistencia médica o quirúrgica o el internamiento hospitalario.

b) En el caso de intervención quirúrgica o internamiento hospitalario programados, dentro de los siete (7) días laborables inmediatamente anteriores a la fecha de

dicha intervención quirúrgica o internamiento hospitalario.

- c)** Los plazos anteriormente señalados se entenderán sin perjuicio de lo establecido en el artículo 16 de la Ley de Contrato de Seguro, que dispone. “El Tomador del Seguro o el Asegurado o el Beneficiario deberán comunicar a la Entidad Aseguradora el acaecimiento del siniestro dentro del plazo máximo de siete (7) días de haberlo conocido, salvo que se haya fijado en la Póliza un plazo más amplio”.

3.1.2. En los casos de intervenciones quirúrgicas, hospitalizaciones, pruebas diagnósticas y métodos terapéuticos, junto con la comunicación de enfermedad o accidente, el Tomador del Seguro o Asegurado enviará a la Entidad Aseguradora informe médico en el que se especifique/n el/los diagnóstico/s y naturaleza de la/s enfermedad/es, así como, en su caso, el centro asistencial, fecha de ingreso, duración probable del tratamiento y tipo de éste.

3.1.3. El Asegurado deberá, además, seguir fielmente todas las prescripciones del médico encargado de la curación y deberá dar a la Entidad Aseguradora toda clase de informaciones sobre las circunstancias o consecuencias del siniestro.

3.1.4. El Tomador del Seguro o el Asegurado o sus familiares deberán permitir que médicos designados por la Entidad Aseguradora visiten al Asegurado tantas veces como la Entidad Aseguradora lo estime oportuno, así como cualquier averiguación o comprobación que la Entidad Aseguradora considere necesaria sobre su estado de salud.

3.1.5. En caso de hospitalización, una vez finalizada ésta, el Tomador del Seguro o el Asegurado comunicará tal circunstancia a la Entidad Aseguradora con indicación del periodo de duración del internamiento.

3.1.6. El Tomador del Seguro o, en su caso, el Asegurado deberá presentar a la Entidad Aseguradora la siguiente documentación:

- Impreso de solicitud de reembolso, debidamente cumplimentado.

- Justificante/s o factura/s original/es, de los gastos realmente incurridos por el Asegurado, debidamente desglosados, por cada uno de los conceptos incluidos en la/s factura/s en donde se refleje/n:

- a)** La persona a la que se ha realizado la asistencia médica y/u hospitalaria.

- b)** La naturaleza del acto o actos médico/s real izado/s (consulta, pruebas diagnósticas, métodos terapéuticos, intervenciones quirúrgicas, etc.) y su/s fecha/s e importes.

- c)** Identificación de la persona física o jurídica que ha prestado la asistencia (médico, ATS o DUE, clínica u hospital, etc.), haciéndose constar, en su caso, los apellidos, nombre o razón social, domicilio, número de colegiado y número de identificación fiscal (N.I.F).

- Justificación o acreditación original del pago de la/s factura/s por parte del Asegurado.

- Prescripciones médicas originales de los servicios médicos y/u hospitalarios recibidos por el Asegurado, excepto en el caso de consultas y servicios de podología, respecto de los cuales no será necesaria la presentación de tales prescripciones.

- Informe médico original explicativo de los servicios médicos y/u hospitalarios prestados al Asegurado, del proceso de la enfermedad y su evolución, así como el informe de alta médica u hospitalaria, con indicación, en su caso, de la necesidad de continuidad asistencial.

El incumplimiento de las normas establecidas en los cinco apartados anteriores será considerado como renuncia expresa al cobro del reembolso, salvo que no haya sido posible cumplirlas por causas de Fuerza Mayor.

3.2. Tramitación de siniestro en caso de utilización de medios recomendados por la Entidad Aseguradora.

A) Para la tramitación de un siniestro cubierto por esta Póliza, en caso de que el Asegurado utilice los servicios asistenciales médicos y/u hospitalarios en España recomendados por la Entidad Aseguradora, deben cumplirse las siguientes normas:

1. Con carácter general será necesaria la previa autorización expresa de la Entidad Aseguradora para intervenciones quirúrgicas, hospitalizaciones, médicos consultores y determinados métodos terapéuticos, pruebas diagnósticas y otros servicios asistenciales, así como la previa prescripción escrita de un facultativo concertado con la Entidad Aseguradora.

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.

La Entidad Aseguradora no otorgará esta autorización si entiende que se trata de una prestación no cubierta por la póliza. Sólo mediante la emisión de la autorización, la Entidad Aseguradora acepta vincularse económicamente con la prestación del correspondiente servicio.

No obstante lo establecido en el párrafo anterior, en los casos de **urgencia vital** será suficiente a estos efectos la orden de 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 u hospitalización.

2. La asistencia, de conformidad con lo previsto en las disposiciones reglamentarias

aplicables, se prestará en todas las poblaciones donde la Entidad Aseguradora tenga representación debidamente autorizada o cuente con cuadros médicos concertados. Cuando en cualquiera de las poblaciones donde radique dicha representación o cuadros médicos concertados no exista alguno de los servicios comprendidos en el contrato, serán facilitados en la provincia donde los mismos puedan utilizarse, a elección del Asegurado.

3. El Asegurado presentará su tarjeta Sanitas y su Documento Nacional de Identidad, al servicio asistencial médico y/u hospitalario recomendado, identificándose, por tanto, como tal Asegurado y no abonará cantidad alguna a dicho servicio asistencial médico y/u hospitalario recomendado.

El incumplimiento de lo establecido en los apartados precedentes (salvo en el caso de que no haya sido posible cumplirlo por causas ajenas a la voluntad del Tomador del Seguro, del Asegurado o sus familiares) dará lugar a que la Entidad Aseguradora no asuma los gastos ocasionados por dicha asistencia, ni total ni parcialmente.

B) Para la tramitación de un siniestro cubierto por esta Póliza, en caso de que el Asegurado utilice los servicios asistenciales médicos y/u hospitalarios en el extranjero recomendados por la Entidad Aseguradora, el Asegurado necesitará autorización previa de la Entidad Aseguradora, quien además, procederá a realizar los trámites oportunos con el servicio asistencial recomendado que proceda y hará efectivo a éste directamente el pago de los correspondientes servicios.

El incumplimiento de lo establecido en el párrafo anterior (salvo en el caso de que no haya sido posible cumplirlo por causas ajenas a la voluntad del Tomador del Seguro, del Asegurado o sus familiares) dará lugar a que la Entidad Aseguradora no asuma los gastos ocasionados por dichos servicios.

3.3. Reembolso de gastos: en el supuesto de que el Asegurado sufra alguna de las consecuencias previstas en las Condiciones de la Póliza que dé lugar al reembolso, la Entidad Aseguradora pagará, a través del medio de

pago que se establezca, al Tomador del Seguro o al Asegurado, según proceda, la cantidad que corresponda.

Una vez recibida toda la documentación requerida y efectuadas las comprobaciones oportunas para establecer la existencia del siniestro, la Entidad Aseguradora, en el plazo de diez días laborables, deberá rembolsar o consignar la cantidad garantizada, según las circunstancias conocidas. En el supuesto de que el proceso tenga una duración superior a los tres meses, el Tomador del Seguro o, en su caso, el Asegurado, deberá remitir a la Entidad Aseguradora la/s factura/s de los gastos incurridos en el trimestre anterior.

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

En el caso de que la asistencia médica y/u hospitalaria se lleve a cabo en el extranjero, la valoración de los gastos o de la cantidad a rembolsar por la Entidad Aseguradora se realizará en euros al cambio oficial comprador del mercado de divisas que, en la fecha de abono por el Tomador del Seguro o Asegurado de la factura de gastos médicos y/u hospitalarios de cuyo reembolso se trate, tuviere la moneda en que dicho Tomador del Seguro o Asegurado hubiere efectuado el pago por la asistencia recibida. Los gastos derivados de la traducción al idioma español de los oportunos documentos (facturas, informes, etc.) redactados en otras lenguas, correrán a cargo del Asegurado.

No obstante, conforme a lo establecido en el punto 2 del presente apartado, en el caso de que el Asegurado utilice los servicios médicos

y/u hospitalarios recomendados por la Entidad Aseguradora, será éste quien proceda al pago directamente a los médicos y/u hospitalares que hubieren prestado la asistencia de los correspondientes honorarios y gastos médicos devengados, que serán íntegramente de su propia cuenta y cargo.

4. CONTROVERSIAS

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

4.2. En caso de que los Peritos lleguen a un acuerdo, se reflejará en un acta conjunta, en la que se harán constar las causas del siniestro, la valoración de los daños, las demás circunstancias que influyan en la determinación del reembolso de gastos y la propuesta del importe líquido de tal reembolso.

4.3. Cuando no haya acuerdo entre los Peritos, ambas partes designarán un tercer Perito de conformidad y, de no existir ésta, la designación se hará por el Juez de Primera Instancia en acto de jurisdicción voluntaria y por los trámites previstos para la insaculación de Peritos en la Ley de Enjuiciamiento Civil. En este caso el dictamen pericial se emitirá en el plazo señalado por las partes o, en su defecto, en el de treinta días a partir de la aceptación de su nombramiento por el Perito tercero.

4.4. El dictamen de los Peritos, por unanimidad o por mayoría, se notificará a las partes de manera inmediata y en forma indubitada, siendo vinculante para éstas, salvo que se impugne judicialmente por alguna de las partes, dentro del plazo de treinta días, en el caso de la Entidad Aseguradora, y de ciento ochenta en el del Asegurado, computados ambos desde la fecha de su notificación. Si no

se ejercitase en dichos plazos la correspondiente acción, el dictamen pericial devendrá inatacable.

4.5. Si el dictamen de los Peritos no fuera impugnado, la Entidad Aseguradora deberá abonar el importe del reembolso señalado por los Peritos en un plazo de cinco días.

4.6. En el supuesto de que por demora de la Entidad Aseguradora en el pago del importe del reembolso devenido inatacable el Asegurado. La indemnización correspondiente se verá incrementada con el interés anual legalmente establecido que, en este caso, empezará a devengarse desde que la valoración devino inatacable para la Entidad Aseguradora y, en todo caso, con el importe de los gastos originados al Asegurado por el proceso, a cuya indemnización hará expresa condena la sentencia, cualquiera que fuere el procedimiento judicial aplicable.

4.7. Cada parte satisfará los honorarios de su perito. Los del perito tercero y demás gastos que ocasione la tasación pericial serán de cuenta y cargo por mitad del Asegurado y de la Entidad Aseguradora. No obstante si cualquiera de las partes hubiera hecho necesaria la peritación por haber mantenido una valoración manifiestamente desproporcionada será ella la única responsable de dichos gastos.

5. PRIMAS DEL SEGURO

5.1. 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.**

5.2. 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.

5.3. 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.

5.4. 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.

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

5.6. 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.

5.7. 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.

5.8. 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.

6. DERECHOS Y DEBERES

6.1. 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 ha 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.

g) Facilitar a la Entidad Aseguradora, en aquellos casos que lo requiera expresamente, los informes médicos y /o presupuestos del proveedor que permitan a aquél determinar si la prestación asistencial requerida es objeto de cobertura por la póliza. La Entidad Aseguradora no tendrá que garantizar la prestación solicitada, mientras no le sean facilitados los citados informes y presupuestos en los casos en que así haya sido expresamente requerido al asegurado.

6.2. 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.

6.3. 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.**

7. RECLAMACIONES

7.1. 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.

7.2. 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.

7.3. 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 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)** o 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:

a) Cuando se trate de reclamaciones cuya cuantía no exceda de 21.000 euros y afecten a la interpretación de las Condiciones Generales y Particulares de la póliza. No podrán someterse al Defensor del Asegurado las reclamaciones que versen sobre la actuación personal o profesional de los médicos, hospitales y servicios médicos en general que presten atención médica a los asegurados.

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

8. OTROS ASPECTOS LEGALES A TENER EN CUENTA

8.1. 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.

8.2. 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 irroque la reclamación de un tercero.

8.3. Comunicaciones

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

8.3.2. 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.

8.3.3. 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.

8.3.4. 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 dicho Entidad Aseguradora.**

9. OTROS

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

confidencialidad de las conversaciones mantenidas.

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

10. JURISDICCIÓN

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

Hecho por duplicado en Madrid a 31 de Enero de 2012

Por el Asegurado/
Tomador del Seguro

Por el Asegurador

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Beatriz López', with a large, stylized flourish above it.

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

**COBERTURAS
ADICIONALES DE SU
POLIZA**

Condiciones Especiales de la Garantía de Indemnización Hospitalaria

1. Objeto del seguro

Por la presente garantía el Asegurador garantiza al Asegurado, en los términos y con los límites e importes que se expresan en las presentes Condiciones Especiales, en las Generales, en las correspondientes Condiciones Particulares y en los Suplementos de la Póliza que se emitan, el pago de una indemnización por cada día de internamiento en Hospital (Clínica o Sanatorio), si como consecuencia de enfermedad contraída o accidente sufrido durante la vigencia de esta garantía y cubiertos por la misma, el Asegurado tuviera que ser necesariamente internado en un hospital, para su debido tratamiento médico o quirúrgico, un mínimo de 24 horas, debido a:

- a) Enfermedad del Asegurado que precise asistencia hospitalaria.
- b) Intervención quirúrgica del Asegurado.
- c) Accidente del Asegurado.

La indemnización se devengará a partir del primer día del ingreso hospitalario y durante todo el tiempo que el Asegurado figure como ingresado en un hospital, hasta su alta hospitalaria documentada y con un máximo de 365 días. Si dentro del periodo de doce meses siguientes a una hospitalización del Asegurado por la que se hubiera devengado indemnización, el Asegurado tuviera que ser ingresado nuevamente en el hospital, por la misma causa o causa consecuente o relacionada, el nuevo internamiento será considerado como prolongación del anterior a efectos de cálculo del límite anteriormente fijado de 365 días.

Para los casos en que el Asegurado padeciera varias enfermedades al mismo tiempo, o sobreviniera una nueva enfermedad la indemnización diaria a satisfacer por parte del Asegurador será la consignada en las correspondientes Condiciones Particulares. En

este último supuesto, el Asegurador deberá ser informado por escrito de esta circunstancia. Si esta nueva enfermedad no tuviera relación con el proceso previo, empezará a contar un nuevo plazo desde la fecha en que haya tenido lugar el comienzo de la nueva enfermedad.

2. Riesgos excluidos

Quedan excluidos de la cobertura de la presente garantía los riesgos siguientes:

2.1. La prestación directa por parte del Asegurador de los servicios médicos, hospitalarios y quirúrgicos.

2.2. La indemnización por hospitalización debida a problemas de tipo social. Asimismo se excluye la indemnización por internamiento hospitalario como consecuencia de:

2.3. Toda clase de enfermedades, defectos o deformaciones preexistentes y/o congénitas, a consecuencia de accidentes o enfermedades ocurridos con anterioridad a la fecha de inclusión de cada Asegurado en la Póliza; así como los que puedan derivarse de aquéllos, siempre que fueran conocidos por el Tomador del seguro o Asegurado y no declarados.

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

Manifestándose de esta forma, la afección se considerará como preexistente y/o congénita y,

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

2.4. Todas las enfermedades o lesiones, producidas como consecuencia de guerras civiles, internacionales o coloniales, invasiones, alteraciones del orden público, 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.

2.5. Enfermedades o accidentes que guarden relación directa o indirecta con radiación nuclear o contaminación radiactiva, así como los que provengan de cataclismos como terremotos, inundaciones, erupciones volcánicas y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos, salvo el rayo.

2.6. Los accidentes y enfermedades producidos en el ejercicio de un trabajo profesional por cuenta propia o ajena.

2.7. Las enfermedades o lesiones derivadas de alcoholismo crónico, drogadicción, intoxicaciones debidas al abuso del alcohol, de psicofármacos, estupefacientes o alucinógenos, intento de suicidio y autolesiones, así como las enfermedades o accidentes sufridos por dolo del Asegurado.

2.8. Las enfermedades o lesiones producidas en cualquier clase de deporte practicado con carácter profesional o, aún sin este carácter, las que sean como consecuencia de participación en competiciones deportivas.

2.9. Las enfermedades o lesiones producidas practicando como aficionado, boxeo, rugby, toreo, en pruebas de velocidad o resistencia con vehículos a motor, incluso entrenamientos, bobsleigh, deportes aéreos en general (paracaidismo, ascensiones en globo, ala-delta, ultraligeros, planeadores y similares), y esgrima.

2.10. El SIDA y/o las enfermedades causadas por el virus de inmunodeficiencia adquirida (V.I.H.) y las acliendadas a éste.

2.11. Enfermedades o procesos de carácter crónico.

2.12. Cualquier procedimiento diagnóstico, terapéutico y/o quirúrgico cuya seguridad y eficacia clínicas no estén debidamente contrastadas científicamente o hayan quedado manifiestamente superados por otros disponibles. Igualmente, queda excluida la indemnización por hospitalización como consecuencia de procedimientos que no tengan suficientemente probada su contribución eficaz a la prevención, tratamiento o curación de las enfermedades, conservación o mejora de la esperanza de vida, autovalimiento y eliminación o disminución del dolor y el sufrimiento y los que consisten en meras actividades de ocio, descanso, confort.

También se excluye la indemnización por hospitalización como consecuencia de tratamientos en balnearios y curas de reposo.

2.13. Intervenciones, infiltraciones y tratamientos, así como cualquier otra actuación que tenga un carácter puramente estético o cosmético.

2.14. Tratamientos e intervenciones, encaminados a solventar la esterilidad o infertilidad en ambos sexos (fecundación "in vitro", inseminación artificial, etc.) y la interrupción voluntaria del embarazo. Está excluido, asimismo, el estudio, diagnóstico y tratamiento de la impotencia.

2.15. Cualquier proceso que requiera para su tratamiento el uso de la psicología, el psicoanálisis, la hipnosis, la psicoterapia, la narcolepsia, la cura de sueño y la terapia educativa, tal como la educación del lenguaje o la educación especial en enfermos con afectación psíquica.

2.16. La indemnización por hospitalización como consecuencia de técnicas quirúrgicas o tratamientos terapéuticos que usan el láser, salvo las técnicas de fotocoagulación en Oftalmología.

2.17. Exámenes médicos generales de carácter preventivo.

2.18. Determinaciones del mapa genético, que tienen como finalidad conocer la predisposición del Asegurado o de su descendencia presente o futura a padecer ciertas enfermedades relacionadas con alteraciones genéticas.

2.19. La indemnización por ingreso hospitalario como consecuencia de embarazo, parto y cesárea, junto con sus posibles complicaciones, salvo pacto en contrario incluido en las Condiciones Particulares de la Póliza.

3. Plazo de carencia

Todas las coberturas de la presente garantía entrarán en vigor una vez haya tomado efecto la misma en la fecha expresamente indicada en las correspondientes Condiciones Particulares, y transcurridos los siguientes plazos de carencia:

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

4. Limitaciones por patología

La indemnización máxima para los siguientes casos será:

- Enfermedades mentales o nerviosas: se abonará al Asegurado la indemnización correspondiente a los días que permanezca ingresado, con un máximo de 20 días por Asegurado y año.
- Dolencias de columna vertebral: se abonará al Asegurado la indemnización correspondiente a

los días que permanezca ingresado, con un máximo de 30 días por Asegurado y año.

- Indemnización por intervención quirúrgica (incluido parto o cesárea): el Asegurado tendrá derecho a una indemnización equivalente al triple de la suma asegurada con un máximo de 6 días por Asegurado y año, si tuviera que permanecer ingresado en hospital o sanatorio como consecuencia de una intervención quirúrgica.

5. Supuestos especiales

- Estancia en U.V.I. o U.C.I.: En caso de que el Asegurado precise ser ingresado en U.V.I. o U.C.I., percibirá el doble de la suma diaria asegurada contratada para la presente garantía mientras permanezca en estas unidades.
- Ingreso del Asegurado en otra provincia: Por ingreso del Asegurado en un centro hospitalario situado en una provincia distinta a la de su domicilio habitual, percibirá el cincuenta por ciento (50%) más de la suma diaria asegurada contratada mientras permanezca ingresado en dicho centro.

6. Tramitación en caso de siniestro

Para la tramitación del siniestro cubierto por la presente garantía deben cumplirse las siguientes normas:

6.1. El Asegurado o cualquier persona en su nombre deberá comunicar el siniestro al Asegurador dentro de los siguientes plazos:

- a)** En los casos de internamiento hospitalario de urgencia, dentro de los cinco (5) días laborables siguientes a la fecha en que tenga lugar dicho internamiento hospitalario.
- b)** En el caso de intervención quirúrgica o internamiento hospitalario, dentro de los siete (7) días laborables inmediatamente anteriores a la fecha de dicha intervención quirúrgica o internamiento hospitalario.

Los plazos anteriormente señalados se entenderán sin perjuicio de lo establecido en el artículo 16 de la Ley de Contrato de Seguro, que dispone que “El Tomador del Seguro o el Asegurado o el Beneficiario deberán comunicar al Asegurador el acaecimiento del siniestro dentro del plazo máximo de siete (7) días de haberlo conocido, salvo que se haya fijado un plazo más amplio”.

6.2. Junto con la comunicación de enfermedad o accidente, el Tomador del Seguro o Asegurado enviará al Asegurador informe médico en el que se especifique/n el/los diagnóstico/s y naturaleza de la/s enfermedad/es, así como el centro asistencial, fecha de ingreso, duración probable de la hospitalización, siendo indispensable que la parte relativa a la enfermedad sea extendida y firmada por el médico que asista al paciente.

6.3. Una vez finalizada la hospitalización, el Tomador del Seguro o, en su caso, el Asegurado deberá presentar al Asegurador la siguiente documentación:

6.3.1. Impreso de solicitud de indemnización, debidamente cumplimentado y desglosado, en donde se refleje:

- a) La persona a la que se ha realizado la asistencia hospitalaria.
- b) La naturaleza del acto o actos médicos realizados y sus fechas.
- c) Identificación de la persona física o jurídica que ha prestado la asistencia (clínica, hospital, etc.), haciéndose constar, en su caso, los apellidos, nombre o razón clientel, domicilio, número de colegiado y número de identificación fiscal (N.I.F.).

A falta del mencionado impreso, el aviso de siniestro podrá facilitarse al Asegurador mediante escrito en el que consten los datos anteriormente especificados.

6.3.2 Prescripciones médicas originales de los servicios hospitalarios prestados al Asegurado.

6.3.3 Informe de alta hospitalaria donde figuren la fecha de ingreso y la fecha de alta hospitalaria,

así como la información sobre el proceso de la enfermedad y su evolución.

6.4. Cuando se requiera continuidad asistencial, el Tomador del Seguro o, en su caso, el Asegurado deberá presentar al Asegurador, además del impreso de solicitud de indemnización y las prescripciones médicas, tal y como se describe en los apartados 3.1 y 3.2 de la presente cláusula, informe médico en el que se indique la necesidad de dicha continuidad asistencial.

6.5. El Asegurado deberá, además, seguir fielmente todas las prescripciones del médico encargado de la curación y deberá dar al Asegurador toda clase de información sobre las circunstancias o consecuencias del siniestro.

6.6. El Tomador del Seguro o el Asegurado o sus familiares deberán permitir que médicos designados por el Asegurador visiten al Asegurado tantas veces como el Asegurador lo estime oportuno, así como cualquier averiguación, o comprobación sobre su estado de salud que el Asegurador considere necesaria.

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

Serán por cuenta del Asegurado, en su caso, los gastos derivados de la traducción al idioma español de los oportunos documentos (facturas, informes, etc.), redactados en otras lenguas.

7. Forma de pago de los siniestros

Las cantidades debidas por el Asegurador en virtud de esta garantía se harán efectivas al Beneficiario una vez recibida toda la documentación requerida y efectuadas todas las comprobaciones oportunas por parte del Asegurador, para establecer la existencia del siniestro.

El Asegurador efectuará dentro de los 40 días, a partir de la recepción de la declaración del siniestro, el pago del importe mínimo de los que

el Asegurador pueda deber según las circunstancias por él conocidas (artículo 18 de la Ley de Contrato de Seguro).

El Asegurador pagará la indemnización según lo previsto en las condiciones anteriores. Si en el plazo de tres meses desde la producción del siniestro el Asegurador no hubiere indemnizado su importe por causa no justificada o que le fuere imputable, la indemnización se incrementará en el tipo de interés legal del dinero vigente en el momento en que se devengue, incrementado en el 50 por 100. Estos intereses se considerarán producidos por días, sin necesidad de reclamación judicial. No obstante, transcurridos 2 años desde la producción del siniestro, el interés anual no podrá ser inferior al 20 por 100 (artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro).

En el supuesto de que por demora del Asegurador en el pago del importe de la indemnización devenida inatacable el Asegurado se viera obligado a reclamarlo judicialmente, la indemnización correspondiente se verá incrementada con el interés previsto en el párrafo anterior, más los gastos del proceso, conforme al artículo 38, párrafo 9 de la Ley de Contrato de Seguro.

Después de la comunicación de cada siniestro, haya o no dado lugar a pago de indemnización, las partes podrán rescindir el contrato. La parte que tome la decisión de rescindir, deberá notificarlo a la otra por escrito dentro del plazo de 30 días desde la fecha de comunicación de siniestro, si no hubiere lugar a indemnización, o desde la liquidación, si hubiere lugar a ella, debiendo efectuarse la notificación con una anticipación mínima de 15 días a la fecha en que la rescisión haya de surtir efecto.

Si la iniciativa de rescindir el contrato es del Tomador del Seguro, quedarán a favor del Asegurador las primas del periodo en curso, y si fuere del Asegurador, éste deberá de reintegrar al Tomador la parte de prima correspondiente al tiempo que medie entre la fecha de efecto de la rescisión y la de expiración del periodo del seguro cubierto por la prima satisfecha.

8. Duración de la presente garantía

8.1. El seguro se estipula por el periodo de tiempo previsto en las correspondientes Condiciones Particulares y, a su vencimiento, de conformidad con el artículo 22 de la Ley de Contrato de Seguro, se prorrogará tácitamente por periodos no superiores a un año. No obstante, cualquiera de las partes podrá oponerse a la prórroga del contrato 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.

8.2. El Asegurado o Asegurados causarán automáticamente baja en el seguro al finalizar la anualidad del seguro en que cada Asegurado cumpla 65 años de edad, salvo pacto en contrario.

8.3. Respecto de cada Asegurado, la presente garantía se extingue:

- a)** Por fallecimiento.
- b)** Por traslado de residencia al extranjero o por no residir un mínimo de nueve (9) meses al año en territorio nacional.
- c)** Si en la presente garantía están incluidos familiares que convivan con el Tomador del Seguro, cuando dejen de vivir de manera habitual en el domicilio de este último, lo cual deberá ser comunicado al Asegurador. Si estas personas contratan un nuevo seguro, antes de transcurrir un mes desde la comunicación anteriormente citada, el Asegurador mantendrá los derechos por ellos adquiridos, siempre y cuando suscriban las mismas garantías.

8.4. Tan sólo podrán incluirse en concepto de Asegurados en la presente garantía quienes a la fecha de inclusión, tengan una edad comprendida entre los 16 y los 60 años.

8.5. Las garantías contratadas no tomarán efecto mientras no haya sido satisfecho el primer recibo de prima.

Ámbito geográfico

Las garantías de la presente garantía surtirán efecto en TODO EL MUNDO, siempre que el

Asegurado tenga su residencia habitual fijada en España, no obstante lo cual, las indemnizaciones serán hechas efectivas en España, y en euros.

Se exceptúan los accidentes o enfermedades contraídas en países y/o regiones inexploradas.

9. Controversias

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

9.2. En caso de que los Peritos lleguen a un acuerdo, se reflejará en un acta conjunta, en la que se harán constar las causas del siniestro, la valoración de los daños y las demás circunstancias que influyan en la determinación del importe del siniestro.

9.3. Cuando no haya acuerdo entre los Peritos, ambas partes designarán un tercer Perito de conformidad y, de no existir ésta, la designación se hará por el Juez de Primera Instancia en acto de jurisdicción voluntaria y por los trámites previstos para la insaculación de Peritos en la Ley de Enjuiciamiento Civil. En este caso el dictamen pericial se emitirá en el plazo señalado por las partes o, en su defecto, en el de treinta días a partir de la aceptación de su nombramiento por el Perito tercero.

9.4. El dictamen de los peritos, por unanimidad o por mayoría, se notificará a las partes de manera inmediata y en forma indubitada, siendo vinculante para éstas, salvo que se impugne judicialmente por alguna de las partes, dentro del plazo de treinta días, en el caso del Asegurador, y de ciento ochenta en el del Asegurado, computados ambos desde la fecha de su notificación. Si no se ejercitase en dichos plazos la correspondiente acción, el dictamen devendrá inatacable.

9.5. Si el dictamen de los Peritos no fuera impugnado, el Asegurador deberá abonar el importe de la indemnización señalado por los Peritos en un plazo de cinco días.

9.6. En el supuesto de que por demora del Asegurador en el pago del importe de la indemnización devenida inatacable el Asegurado se viere obligado a reclamarlo judicialmente, la indemnización correspondiente se verá incrementada con el interés anual legalmente establecido que, en este caso, empezará a devengarse desde que la valoración devino inatacable para el Asegurador y, en todo caso, con el importe de los gastos originados al Asegurado por el proceso, a cuya indemnización hará expresa condena la sentencia, cualquiera que fuere el procedimiento judicial aplicable.

Cada parte satisfará los honorarios de su Perito. Los del Perito tercero y demás gastos que ocasione la tasación pericial serán de cuenta y cargo por mitad del Asegurado y del Asegurador.

No obstante, si cualquiera de las partes hubiera hecho necesaria la peritación por haber mantenido una valoración manifiestamente desproporcionada, será ella la única responsable de dichos gastos.

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.

**VENTAJAS EXCLUSIVAS
PARA CLIENTES DE SANITAS
PREMIUM 500**

**SANITAS MÁS SOLUCIONES
PARA CUIDARTE**

¿QUÉ VENTAJAS ADICIONALES TENGO POR SER CLIENTE DE SANITAS PREMIUM 500?

En Sanitas Más Soluciones Para Cuidarte queremos darle la bienvenida como cliente de Sanitas. Le ofrecemos no solo el acceso a todos nuestros servicios en condiciones ventajosas (descuentos, 1ª consulta gratuita, financiación, etc.), sino que además hemos diseñado para usted y todos los asegurados de la póliza una serie de beneficios adicionales y exclusivos. Estas ventajas son ofrecidas exclusivamente a nuestros clientes de Sanitas Premium 500.

VENTAJAS ESPECIALES:

Reproducción Asistida (Fecundación in vitro) → regalo ecografía 4D

Sanitas Cordón Umbilical → regalo ecografía 4D + cuotas de mantenimiento

Cirugía Láser Ocular → 100 € de regalo

Cirugía estética → 100 € de regalo

Chequeo Complete → 100 € de regalo

Servicios Mundosalud → 50 € de regalo

- **Regalo ecografía 4D***. Porque sabemos lo importante que es este momento, y por haber decidido compartirlo con Sanitas, queremos hacerle un regalo lleno de emoción: la ecografía 4D de su bebé, donde podrá ver su cara, sus movimientos, etc. del modo más real gracias a esta innovadora tecnología. El regalo incluye:

- dvd con todos los contenidos:
 - fotografías 3D
 - grabación 4D con todos los movimientos de su bebé

Este servicio valorado en más de 150 € y lleno de emociones, podrán disfrutarlo de manera totalmente gratuita:

- Todas aquellas parejas que hayan contratado el servicio de Reproducción Asistida en su modalidad de fecundación in vitro con Sanitas Más Soluciones Para Cuidarte, tendrán de manera totalmente

gratuita la ecografía 4D de su hijo.

- Para todos aquellos que hayan contratado Sanitas Cordón Umbilical, el servicio de conservación de células madre de Sanitas, tendrán totalmente gratis la emoción de ver a su bebé con la alta calidad de la ecografía 4D gracias a Sanitas Más Soluciones Para Cuidarte.

* Ecografía 4D: consulte disponibilidad en su provincia.

- **Regalo de las cuotas de mantenimiento anual de Sanitas Cordón Umbilical**. La muestra de células madre se mantiene en condiciones óptimas de criopreservación durante 20 años, con la máxima seguridad y plena disponibilidad en el caso de que fuese necesario hacer uso de ellas. Este regalo está valorado en 1.600 € (20 años x 80 €/año) y Sanitas quiere que disfruten de él nuestros clientes de Sanitas Premium 500.

- **Cheque regalo de 100 €** a disfrutar en los siguientes Sanitas Más Soluciones Para Cuidarte:

- **Cirugía Estética**: para que le sea más fácil sentirse más cómoda con su cuerpo, Sanitas Más Soluciones Para Cuidarte le regala 100 € en las contrataciones de aumento y reducción mamaria bilateral y liposucciones*.

* Descuento aplicable en intervenciones con importe superior a 1.500 €.

- **Cirugía Láser Ocular**: para que pueda decir adiós a las gafas y lentes de contacto de la forma más sencilla, Sanitas Más Soluciones Para Cuidarte le obsequia con 100 €*. Aproveche el descuento y olvídense de las dioptrías gracias a la mejor y más innovadora tecnología que ponemos a su disposición.

* Descuento aplicable: 50 € en cada ojo operado.

- **Chequeo Complete**: el más avanzado y exhaustivo de los chequeos ofrecidos por Sanitas Más Soluciones Para Cuidarte, con más de 25 pruebas diagnósticas que le supondrían muchos días de espera y gestiones administrativas, y que contratándolo con Sanitas Más Soluciones Para Cuidarte lo realizará en un solo día, con una atención personalizada y un circuito diseñado por especialistas para su

máxima comodidad. Además de todas estas ventajas, Sanitas Más Soluciones Para Cuidarte le regala 100 € en la contratación de este servicio, porque la prevención es lo más importante para nosotros y nuestros clientes.

- **Cheque regalo de 50 € *** a disfrutar en los centros Mundosalud, nuestros centros especializados en el cuidado del bienestar físico y emocional. Desde Sanitas Mundosalud le proponemos prevenir, mantener o mejorar su estado físico, ponerle en forma a través de una asistencia integral y personalizada y hacer que se sienta como desee.

Tenemos como objeto cubrir el vacío existente en el ámbito del wellness, mediante la combinación de terapias y métodos para conseguir un estado óptimo de salud y forma física. Bajo la supervisión de nutricionistas, osteópatas y fisioterapeutas, combinando terapias activas y pasivas, método Pilates, entrenamientos personales, trabajo cardiovascular, fisioterapia, rehabilitación, masajes, estética y una multitud de servicios más que le invitamos a descubrir.

* Descuento aplicable en servicios o tratamientos con importe superior a 100 €.

¿CÓMO PUEDO DISFRUTAR DE ESTAS VENTAJAS EXCLUSIVAS EN SANITAS MÁS SOLUCIONES PARA CUIDARTE?

Estas ventajas son exclusivas para nuestros clientes de Sanitas Premium 500. Para poder disfrutar de ellas sólo tendrá que llamar al teléfono de atención al cliente de Sanitas Más Soluciones Para Cuidarte (902 500 079). Le solicitarán algunos datos para verificar que puede disfrutar de estas ventajas (nombre, número de identificación fiscal, póliza de Sanitas, etc.) y le indicarán con todo detalle los pasos a seguir en caso de que esté interesado en alguno de nuestros servicios accediendo a ellos con todas las ventajas que le corresponden.

En caso de que necesite más información o desee contratar alguno de los servicios de Mundosalud, puede llamar a cualquiera de nuestros centros:

Mundosalud Fortuny	C/ Fortuny, 14	902 362 742	28020	Madrid
Mundosalud Profesor Waksman	C/ Profesor Waksman 3-5	914 585 441	28036	Madrid
Mundosalud Pozuelo	Av. de Europa, 1	913 523 128	28223	Pozuelo de Alarcón (Madrid)

Puede ampliar la información de todos nuestros servicios y su contratación en el apartado de "Sanitas Más soluciones para cuidarte" de esta guía.

Al final de esta documentación encontrará todos sus cheques regalo para que pueda disfrutar de estas ventajas exclusivas.

Servicios prestados por Sanitas Diversificación, S.L. y Sanitas Salud y Bienestar, S.L.