

Índice

CLÁUSULA PRELIMINAR

Páginas

- Normativa _____ 5

SUS CONDICIONES GENERALES

- ¿Qué cubre su seguro?

1. Asistencia hospitalaria _____ 9

2. Asistencia extrahospitalaria _____ 9

3. Plazos de carencia _____ 9

- ¿Qué no cubre su seguro?

1. Enfermedades anteriores a la contratación de la póliza _ 10

2. Enfermedades/dolencias derivadas de actos bélicos ____ 10

3. Contaminación radioactiva y desastres naturales _____ 10

4. Accidentes laborales, deportivos, de tráfico y gastos en centros no concertados _____ 10

5. Adicciones, lesiones autoinfligidas y dolo _____ 10

6. Productos farmacéuticos _____ 10

7. Disciplinas biosanitarias alternativas _____ 11

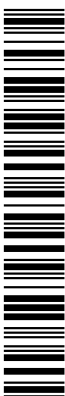
8. Infertilidad y aborto _____ 11

9. Trasplantes _____ 11

10. SIDA (V.I.H.) _____ 11

11. Tratamientos capilares _____ 11

12. Hospitalización por problemas de tipo social _____ 11



13. Determinados reconocimientos médicos _____	11
14. Intervenciones dentales concretas _____	11
15. Prótesis y materiales ortopédicos _____	11
16. Tratamientos crónicos de diálisis y hemodiálisis _____	11
17. Gastos por viaje y desplazamientos _____	11
18. Cirugía refractiva y determinadas terapias con láser ____	11
19. Genética _____	11
20. Técnicas diagnósticas, quirúrgicas y tratamientos de nueva aparición _____	11
21. Intervenciones, infiltraciones y tratamientos de carácter puramente estético o cosmético _____	12
22. Servicios relacionados con patologías no cubiertas ____	12
23. Medicinas alternativas _____	12
24. La asistencia sanitaria por enfermedades o lesiones producidas por determinados deportes o la práctica profesional de deportes _____	12
25. La asistencia médica u hospitalaria prestada al asegurado por personas que se encuentren ligadas con el tomador del seguro o con el asegurado _____	12
26. Los gastos correspondientes a consultas médicas y servicios de urgencia a domicilio _____	12
27. Los gastos relativos a la obstetricia, la pediatría y la puericultura _____	12
28. Los gastos relativos a la geriatría _____	12
29. Los gastos correspondientes a cualquier tipo de rehabilitación, como la prestada para las afecciones del aparato locomotor, la rehabilitación postquirúrgica, la rehabilitación respiratoria y la rehabilitación cardiaca ____	12

30. Los gastos originados por el uso de servicio de ambulancia por vía terrestre, área o marítima _____	12
31. Los gastos originados por tratamientos de quimioterapia, radioterapia, cobaltoterapia, acelerador lineal de partículas, podología y logofoniatría _____	12
32. Los gastos originados por consultas o intervenciones de oncología, cirugía plástica y reparadora, o trasplantes autólogos de médula osea _____	12
33. Cualquier tipo de asistencia hospitalaria o extrahospitalaria en territorio español _____	12
• Otros aspectos de su seguro	
1. Bases, pérdida de derechos, rescisión e indisputabilidad del contrato _____	13
2. Duración de su seguro _____	13
3. Siniestros, reembolsos y controversias _____	15
4. Primas del seguro _____	15
5. Derechos y deberes _____	16
Obligaciones y deberes del tomador del seguro y/o asegurado _____	16
Derechos del tomador del seguro y/o asegurado _____	17
Obligaciones del Asegurador _____	18
6. Reclamaciones _____	18
7. Otros aspectos legales a tener en cuenta _____	19
• Glosario de términos _____	21


SI NECESITA CONTACTAR CON NOSOTROS

- Datos de contacto _____ 27

SUS TELÉFONOS Y DIRECCIONES DE INTERÉS

- Agenda personal _____ 28

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 validéz 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.

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

¿Qué cubre su seguro?

1. ASISTENCIA HOSPITALARIA

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

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

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

2. ASISTENCIA EXTRAHOSPITALARIA

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

Igualmente comprende el reembolso total hasta el límite indicado en las condiciones particulares por parte del Asegurador de los gastos correspondientes a pruebas diagnósticas, métodos terapéuticos y

cirugía de día que le sean practicados al Asegurado por prescripción de un médico.

3. PLAZOS DE CARENIA

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

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

GARANTÍA ASISTENCIA HOSPITALARIA

- 90 días para las intervenciones quirúrgicas y hospitalizaciones.

G A R A N T Í A A S I S T E N C I A EXTRAHOSPITALARIA

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

Seguro Estudiantes

¿Qué no cubre su seguro?

1. Toda clase de enfermedades, defectos o deformaciones preexistentes y/o congénitas, a consecuencia de accidentes o enfermedades ocurridos con anterioridad a la fecha de inclusión de cada Asegurado en la póliza; así como los que puedan derivarse de aquéllos.

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

2. La asistencia sanitaria por enfermedades o lesiones producidas como consecuencia de guerras civiles, internacionales o coloniales,

invasiones, insurrecciones, rebeliones, actos de carácter terrorista en cualquiera de sus formas (química, biológica, nuclear, etc.), revoluciones, motines, alzamientos, represiones y maniobras militares, aún en tiempo de paz, y epidemias declaradas oficialmente.

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

4. La asistencia sanitaria que exija el tratamiento por enfermedades o accidentes laborales, profesionales y en competiciones deportivas, la derivada de la utilización de vehículos a motor cubierta por el Seguro del Automóvil de Suscripción Obligatoria, así como los gastos derivados de la asistencia sanitaria prestada en centros de la Seguridad Social o centros integrados en el Sistema Nacional de Salud que no estén concertados con el Asegurador.

5. La asistencia sanitaria derivada de alcoholismo crónico, drogadicción, intoxicaciones debidas al abuso del alcohol, de psicofármacos, estupefacientes o alucinógenos, intento de suicidio y autolesiones, así como la asistencia sanitaria por enfermedades o accidentes sufridos por dolo del Asegurado. No obstante, se prestará la asistencia de urgencia.

6. Los productos farmacéuticos fuera del régimen de hospitalización así como vacunas de todo tipo y productos de parafarmacia.

7. Quedan expresamente excluidos todos aquellos procedimientos diagnósticos y terapéuticos cuya seguridad y eficacia clínicas no estén debidamente contrastadas científicamente o hayan quedado manifiestamente superadas por otras disponibles. Igualmente, quedan excluidos aquellos procedimientos, de carácter experimental o que no tengan suficientemente probada su contribución eficaz a la prevención, tratamiento o curación de las enfermedades, conservación o mejora de la esperanza de vida, autovalimiento y eliminación o disminución del dolor y el sufrimiento y los que consisten en meras actividades de ocio, descanso, confort o deporte. Los tratamientos en balnearios y curas de reposo.

8. Tratamientos, inclusive la cirugía, solventar la esterilidad o infertilidad en ambos sexos (fecundación "in vitro", inseminación artificial, etc.) y la interrupción voluntaria del embarazo, así como las pruebas diagnósticas relacionadas con dicha interrupción. Está excluido el estudio, diagnóstico y tratamiento (inclusive la cirugía) de la impotencia y de la disfunción erectil.

9. Los trasplantes de órganos, tejidos, células o componentes celulares

10. La asistencia sanitaria derivada de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.), el SIDA y las enfermedades relacionadas con éste.

11. Están excluidos los tratamientos capilares con finalidad estética.

12. La hospitalización por problemas de tipo social.

13. Los reconocimientos médicos generales de carácter preventivo, salvo los contemplados en la descripción de los

servicios en el apartado ¿que cubre su seguro?.

14. Las consultas odontológicas y extracciones, curas estomatológicas y limpieza de boca, las endodoncias, empastes y obturaciones, colocación de prótesis dentales, ortodoncias, periodoncias e implantes, excepto la odontología de urgencia contemplada en Condiciones Particulares.

15. Las prótesis de cualquier clase o naturaleza

16. Tratamientos crónicos de diálisis y hemodiálisis.

17. Los gastos por viaje y desplazamientos

18. La cirugía refractiva de cualquier tipo para miopía, hipermetropía y astigmatismo. Las técnicas quirúrgicas o procedimientos terapéuticos que usan el láser, salvo la cirugía oftálmica intraocular, las técnicas que usan el láser quirúrgico en hemorroides, cirugía vascular periférica, el láser CO2 en Otorrinolaringología y los dispositivos empleados en rehabilitación músculo-esquelética.

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

20. Se excluyen las técnicas diagnósticas quirúrgicas y tratamientos de nueva aparición no incluidos en la presente póliza.

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

22. Se excluye cualquier tipo de servicio relacionado con patologías no cubiertas así como complicaciones que se deriven de éstas.

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

24. La asistencia sanitaria por enfermedades o lesiones producidas practicando como aficionado, boxeo, rugby, troteo, en pruebas de velocidad o resistencia con vehículos a motor, incluso entrenamientos, bobsleigh, deportes aéreos en general (paracaidismo, ascensiones en globo, ala-delta, ultraligeros, planeadores y similares), esgrima, así como la práctica de deportes realizada profesionalmente y el esquí de competición, salvo pacto en contrario.

25. 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.

26. Los gastos correspondientes a consultas médicas y servicios de urgencia a domicilio.

27. Los gastos relativos a la obstetricia, la pediatría y la puericultura.

28. Los gastos relativos a la geriatría.

29. Los gastos correspondientes a cualquier tipo de rehabilitación, como la prestada para las afecciones del aparato locomotor, la rehabilitación postquirúrgica, la rehabilitación respiratoria y la rehabilitación cardiaca.

30. Los gastos originados por el uso de servicio de ambulancia por vía terrestre, área o marítima.

31. Los gastos originados por tratamientos de quimioterapia, radioterapia, cobaltoterapia, acelerador lineal de partículas, podología y logofoniatría.

32. Los gastos originados por consultas o intervenciones de oncología, cirugía plástica y reparadora, o trasplantes autólogos de médula ósea.

33. Cualquier tipo de asistencia hospitalaria o extrahospitalaria en territorio español.

Otros aspectos de su seguro

BASES, PÉRDIDA DE DERECHOS, RESCISIÓN E INDISPUTABILIDAD DEL CONTRATO

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

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

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

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

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

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

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

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

DURACIÓN DEL SEGURO

1. El seguro se estipula por el **periodo de tiempo previsto en las condiciones particulares** y, a su vencimiento, de conformidad con el artículo 22 de la Ley de Contrato de Seguro, se prorrogará tácitamente por periodos no superiores a un año. No obstante, cualquiera de las partes

podrá oponerse a la prórroga mediante notificación escrita a la otra parte, efectuada con antelación no inferior a dos meses respecto de la fecha de conclusión del periodo en curso.

2. Tan sólo podrán incluirse en concepto de Asegurados en la póliza quienes a la fecha de inclusión, tenga una edad comprendida entre los 14 y los 30 años.

3. El Asegurado o Asegurados causarán automáticamente baja en el seguro al finalizar la anualidad del seguro en que cada asegurado cumpla 30 años de edad, salvo pacto en contrario.

4. Respecto a cada Asegurado, el seguro se extingue por fallecimiento del mismo.

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

SINIESTROS, REEMBOLSOS Y CONTROVERSIAS

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

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

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

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

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

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

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

5. En caso de hospitalización, una vez finalizada ésta, el Tomador del Seguro o el Asegurado comunicará tal circunstancia al Asegurador con indicación del periodo de duración del internamiento.

6. El Tomador del Seguro o, en su caso, el Asegurado deberá presentar al Asegurador la siguiente documentación:

6.1. Impreso de solicitud de reembolso, debidamente cumplimentado.

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

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

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

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

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

6.4. Prescripciones médicas originales de los servicios médicos y/u hospitalarios recibidos por el Asegurado.

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

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

PRIMAS DEL SEGURO

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

2. La **primera prima será exigible**, conforme al artículo 15 de la citada Ley, una vez **firmado el contrato**. Si no hubiera sido pagada por culpa del Tomador del Seguro, el Asegurador tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago en vía ejecutiva con base en la Póliza, y si no hubiera sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el Asegurador quedará liberado de su obligación, salvo pacto en contrario.

3. En caso de falta de pago de la segunda y sucesivas primas, la **garantía del Asegurador queda suspendida un mes después del día de su vencimiento**, y si el Asegurador no reclama el pago en el plazo de los seis meses siguientes a dicho vencimiento, se entenderá que el contrato queda extinguido. Si el contrato no hubiera sido resuelto o extinguido conforme a las condiciones anteriores, la garantía vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que Tomador del Seguro pague la prima. En cualquier caso, el Asegurador, cuando el contrato esté en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la prima del periodo en curso.

4. En el caso de primas fraccionadas, si

ocurriere algún siniestro, el Asegurador podrá deducir de las cantidades a pagar o reembolsar al Tomador del Seguro o al Asegurado, las fracciones de prima del Seguro de la anualidad en curso que aún no se hubiesen cobrado por el Asegurador.

5. El Asegurador sólo queda obligado por los recibos librados por la Dirección o por sus representantes legalmente autorizados.

6. En cada renovación del contrato el Asegurador 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 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 el Asegurador en la fecha de renovación de cada póliza.

7. El Tomador del Seguro, recibida, en su caso, la comunicación del Asegurador relativa a la **variación de la cuantía de las primas para la siguiente anualidad, podrá optar entre la prórroga del contrato de seguro y la extinción del mismo al vencimiento del periodo del seguro en curso.** En este último caso, el Tomador del Seguro deberá notificar por escrito al Asegurador su voluntad de dar por finalizada a su término la relación contractual. El pago del primer recibo correspondiente a la prima del periodo de prórroga en curso supondrá la aceptación del conjunto de las nuevas condiciones del contrato de seguro.

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 al Asegurador, salvo que, a cambio, el agente entregue al asegurado el recibo de la prima de dicho Asegurador.

DERECHOS Y DEBERES

1. Obligaciones y deberes del tomador del seguro y/o asegurado

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

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

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

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

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

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

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

c) Comunicar al Asegurador, tan pronto como le sea posible, las altas (cumplimentando la correspondiente solicitud - cuestionario de salud) de Asegurados que se produjeran durante la vigencia del presente contrato, tomando efecto las mismas el día primero del mes siguiente a la fecha de notificación

efectuadas por el Tomador del Seguro, adaptándose la prima a la nueva situación.

d) Aminorar las consecuencias del siniestro empleando los medios a su alcance para el pronto restablecimiento. El incumplimiento de este deber con la manifiesta intención de perjudicar o engañar al Asegurador, liberará a este de toda prestación derivada del siniestro.

e) 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 300 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 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.

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 al Asegurador, 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 del Asegurador 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.

3. Obligaciones del asegurador

a) Además de hacer efectivas las garantías aseguradas, el Asegurador 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.

RECLAMACIONES

1. Libro de reclamaciones

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

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.

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 del Asegurador, 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 clientes@sanitas.es, quien acusará recibo por escrito y resolverá igualmente mediante escrito motivado en el plazo máximo legal de dos meses desde la fecha de presentación de la reclamación.

2. Una vez agotada dicha vía interna del Asegurador, o en caso de no estar conformes con la resolución de este, podrán formular su reclamación ante el Defensor del Asegurado designado por el Asegurador en los siguientes casos:

a) Cuando se trate de reclamaciones cuya cuantía no exceda de 21.000 euros y afecten a la interpretación de las Condiciones Generales y Particulares de la póliza. No podrán someterse al Defensor del Asegurado las reclamaciones que versen sobre la actuación personal o profesional de los

médicos, hospitales y servicios médicos en general que presten atención médica a los asegurados.

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

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

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

OTROS ASPECTOS LEGALES A TENER EN CUENTA

1. Subrogación

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

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

El Asegurador no tendrá derecho a la subrogación contra ninguna de las personas cuyos actos u omisiones den origen a responsabilidad del Asegurado, de acuerdo con la Ley, ni contra el causante del siniestro que sea, respecto del Asegurado, pariente en línea directa o colateral dentro del tercer grado civil de consanguinidad, padre adoptante o hijo adoptivo que convivan con el Asegurado.

Pero esta norma no tendrá efecto si la responsabilidad proviene de dolo o si la responsabilidad está amparada mediante un contrato de seguro. En este último supuesto, la subrogación estará limitada en su alcance de acuerdo con los términos de dicho contrato.

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

2. Duplicado de la póliza

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

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

los perjuicios que le irroge la reclamación de un tercero.

3. Comunicaciones

3.1. Las comunicaciones al Asegurador

por parte del Tomador del Seguro, del Asegurado o Beneficiario se realizarán en el domicilio social de aquel señalado en la Póliza.

3.2. Las comunicaciones del Asegurador al Tomador del Seguro, al Asegurado o Beneficiario, se realizarán en el domicilio de los mismos, recogido en la Póliza, salvo que hubiesen notificado el cambio de su domicilio al Asegurador.

3.3. Las comunicaciones que efectúe el Tomador del Seguro al agente o corredor de seguros que medie o haya mediado en el contrato surtirán los mismos efectos que si se hubiesen realizado directamente al Asegurador.

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 al Asegurador, salvo que, a cambio, el agente o corredor entregue al Tomador del

Seguro el recibo de prima de dicho Asegurador.

OTROS

El Tomador del Seguro y/o el Asegurado autorizan al Asegurador 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 podrá solicitar al Asegurador copia o transcripción escrita del contenido de las conversaciones grabadas entre ambos.

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 01 de Marzo de 2010

Por el Asegurado/Tomador del Seguro

Por el Asegurador



Iñaki Ereño
Consejero Delegado
Sanitas, S.A de Seguros

Seguro Estudiantes

Glosario de términos

A los efectos del presente documento de condiciones especiales del seguro Seguro Estudiantes se entiende por:

ACCIDENTE

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

ASEGURADO

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

ASEGURADOR O ENTIDAD ASEGURADORA

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

ATENCIÓN ESPECIAL EN DOMICILIO

Queda excluida de cobertura por la presente póliza la atención especial del domicilio entendiendo como tal la 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.

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

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

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 instalaciones sanitarias de vacío y oxígeno. No se entienden como convencionales las suites o habitaciones con antesala.

HOSPITAL

Todo establecimiento público o privado legalmente autorizado para el tratamiento de enfermedades o lesiones corporales,

provisto de los medios para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas. Dicho establecimiento debe estar atendido por un médico las 24 horas del día. A los efectos de la póliza, no se consideran hospitales los hoteles, casas de reposo, balnearios, instalaciones dedicadas principalmente al tratamiento de enfermedades crónicas e instituciones similares.

HOSPITALIZACIÓN

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

HOSPITALIZACIÓN DE DÍA

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

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

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

LESIÓN

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

MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS

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

MATERIAL ORTOPÉDICO

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

MÉDICO

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

MÉDICO/ 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

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. Parto pretérmino o prematuro es aquel que se produce entre la 28 y la 36 semana de gestación.

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 o biológicos tales como recambios valvulares cardíacos, sustituciones articulares, piel sintética, lentes intraoculares, los materiales biológicos (córnea), los fluidos, geles y líquidos sintéticos o semisintéticos sustitutivos de humores o líquidos orgánicos, reservorios de medicamentos, sistemas de oxigenoterapia ambulantes, 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.

RECIÉN NACIDO

Es la etapa diferenciada de la vida que se extiende durante cuatro semanas a partir del 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 de cabecera (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 de trasladarse al consultorio del médico, A.T.S. o D.U.E. .

SERVICIOS DE URGENCIA A DOMICILIO

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

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

Servicios y/o actuaciones realizados para mejorar o sanar una patología de presentación aguda o crónica necesariamente controlados o administrados por un equipo médico.

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.

Si necesita contactar con nosotros

Estimado Sr. ALVAREZ:

Si necesita comunicarse con nosotros, no dude en utilizar cualquiera de las vías de contacto que le facilitamos a continuación.



Atención al Cliente 902 102 400

Servicio telefónico donde podrá resolver sus dudas acerca de nuestros servicios, las coberturas de su seguro, validar los volantes que necesiten el visado de Sanitas, y hacernos llegar todas sus sugerencias y recomendaciones.

Asistencia en el extranjero 91 345 65 84

Servicio de información telefónica en el caso de necesitar atención médica de urgencia en el extranjero.



Sanitas 24 horas 902 106 102

Atención informativa proporcionada por profesionales médicos 24 horas al día 365 días al año, donde podrá solicitar asesoramiento médico, aclarar dudas relacionadas con tratamientos, interpretación de análisis, etc.

Urgencias 24 horas 902 103 600

Servicio telefónico para la gestión de urgencias las 24 horas del día todos los días del año.



Segunda opinión médica 902 408 409

Teléfono de consulta de la segunda opinión sobre un diagnóstico o tratamiento médico de enfermedades graves o de carácter crónico, emitida por especialistas de primer nivel en cualquier país del mundo.



Contratación 901 100 210

Atención telefónica de asesoramiento y contratación de productos y servicios de Sanitas.

Domicilio Social: Ribera del Loira, 52 - 28042 Madrid

Fax 91 585 87 00 Web www.sanitas.es

Teléfonos y direcciones de interés

En esta hoja puede apuntar los teléfonos y direcciones de los especialistas que más visita o que más le interesen.

De esta forma, los encontrará más rápidamente cada vez que los necesite.

Doctor:	Especialidad:
Teléfono:	
Dirección:	

Doctor:	Especialidad:
Teléfono:	
Dirección:	

Doctor:	Especialidad:
Teléfono:	
Dirección:	

Doctor:	Especialidad:
Teléfono:	
Dirección:	

Doctor:	Especialidad:
Teléfono:	
Dirección:	

Doctor:	Especialidad:
Teléfono:	
Dirección:	

Doctor:	Especialidad:
Teléfono:	
Dirección:	

