

SANITAS EXTERIOR

**CONDICIONES
GENERALES**

CONTENIDOS

CLÁUSULA PRELIMINAR	2
DEFINICIONES	2
I. OBJETO DEL SEGURO	5
II. RIESGOS EXCLUIDOS	7
III. BASES DEL CONTRATO	10
IV. PERIODOS DE CARENCIA	10
V. TRAMITACIÓN EN CASO DE SINIESTRO	11
VI. REEMBOLSO DE GASTOS	12
VII. DURACIÓN DEL SEGURO	13
VIII. PRIMAS DE SEGURO	13
IX. OTRAS OBLIGACIONES Y DERECHOS DEL TOMADOR DEL SEGURO Y LOS ASEGURADOS	14
X. DERECHOS DEL TOMADOR DEL SEGURO Y ASEGURADOS	15
XI. OTRAS OBLIGACIONES DEL ASEGURADOR	16
XII. DUPLICADO DE PÓLIZA	16
XIII. SUBROGACIÓN	16
XIV. PRESCRIPCIÓN	16
XV. COMUNICACIONES	17
XVI. CONTROL E INSTANCIAS DE RECLAMACIÓN	17
XVII. JURISDICCIÓN	18

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

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

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

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

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

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

CLÁUSULA PRELIMINAR

El presente contrato se rige por lo dispuesto en la ley 50/1980, de 8 de octubre de Contrato de Seguro, por el Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de Seguros Privados, y su Reglamento de desarrollo (Real Decreto nº 2486/98 de 20 de noviembre) y por lo convenido en las presentes Condiciones Generales y en las Particulares, sin que tengan validez las cláusulas limitativas de los derechos de los Asegurados que no sean específicamente aceptadas por los mismos por escrito. No requerirán dicha aceptación las meras transcripciones o referencias a preceptos legales o reglamentarios imperativos.

DEFINICIONES

A los efectos de este documento, los siguientes términos tendrán los significados asignados a continuación:

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.

Afecciones agudas

Son las enfermedades y lesiones que responden de forma rápida a la asistencia médica o quirúrgica y dan lugar a una completa recuperación, permitiendo devolver al Asegurado a su estado de salud anterior a las mismas, sin necesidad de que éste reciba dicha asistencia por un período superior a aquél que el Asegurador considere, con arreglo a la práctica médica establecida en el país en que se reciba la misma, como habitual para el tratamiento de tal enfermedad o lesión. No debe constituir una afección crónica.

Afecciones crónicas

Son todas las enfermedades y/o lesiones (incluidas las mentales) con al menos una de las siguientes características:

- No tienen curación conocida o son recurrentes
 - Son causa de incapacidad permanente
 - Están causadas por cambios irreversibles en el organismo del Asegurado
 - Requieren someter al Asegurado a entrenamiento o rehabilitación especial
 - Requieren supervisión, control o asistencia por un período superior a doce meses.
-

Anualidad

Es el período que va desde la fecha de entrada en vigor o la fecha de prórroga y que termina a las 24,00 h. del día anterior a la siguiente fecha de prórroga o a la fecha de terminación del contrato de Seguro.

Asegurado

Es el Asegurado Principal y los otros asegurados que figuran en sus Condiciones Particulares

Asegurado Principal

Es aquel que figura como titular en las Condiciones Particulares.

Asegurador

Sanitas, Sociedad Anónima de Seguros, persona jurídica que cubre los riesgos cubiertos por la Póliza.

Asistencia

Son los servicios médicos y/o quirúrgicos y/u hospitalarios requeridos por el Asegurado para el diagnóstico, la curación o la atenuación de una afección aguda y que, por razones médicas, deban ser prestados por un Especialista o Médico de Familia, según proceda.

Asistencia en Hospital de Día

Es la Asistencia que por razones médicas requiere el ingreso del Asegurado en un hospital, ocupando una cama durante el día, pero sin pasar la noche.

Asistencia Extrahospitalaria

Es la Asistencia ambulatoria, es decir, aquélla que no requiere el ingreso del Asegurado ni su estancia en una cama de hospital.

Asistencia Hospitalaria o en Régimen de Internamiento Hospitalario

Es la Asistencia que por razones médicas requiere el ingreso del Asegurado en un hospital durante una noche o más.

Asistencia Psiquiátrica

Consiste en el tratamiento de las enfermedades mentales, incluidos los trastornos de la alimentación.

Condicionante

El Seguro está condicionado cuando así se especifica en las Condiciones Particulares.

Cuadro Médico de Sanitas

Es la red de Especialistas, hospitales y otros prestadores de asistencia sanitaria en España reconocidos por el Asegurador cuyos costes por la asistencia prestada a los Asegurados cubiertos por esta Póliza serán atendidos directamente por el Asegurador, sin desembolso ninguno por el Asegurado.

Enfermedad congénita

Es cualquier deformidad, enfermedad, o anomalía que existe en el momento del nacimiento, como consecuencia de factores hereditarios o afecciones adquiridas durante la gestación hasta el mismo momento del nacimiento, o bien sea descubierta más tarde, en cualquier período de la vida del individuo.

Enfermedad pre-existente

Es cualquier enfermedad o lesión sufrida por el Asegurado antes de la fecha de la contratación del seguro o de su inclusión en la Póliza.

Especialista:

Es el médico:

- Legalmente cualificado para ejercer la medicina o la cirugía tras cursar estudios en una facultad de medicina reconocida y
- Autorizado para ejercer la medicina en el país en el que se recibe la asistencia y reconocido por las autoridades competentes de dicho país como poseedor de conocimientos o cualificaciones especializados en el tratamiento de enfermedades o lesiones específicas.

Se consideran facultades de medicina reconocidas las que figuran en el Directorio Mundial de Escuelas de Medicina, periódicamente publicado por la Organización Mundial de la Salud.

Fecha de entrada en vigor

Es la fecha en que la Póliza comienza a surtir efecto, con arreglo a lo establecido en las Condiciones Particulares.

Fecha de prórroga

Todos los aniversarios de la fecha de entrada en vigor de la Póliza.

Habitación convencional de hospital

Es la habitación individual con cuarto de baño en un hospital. Las suites o habitaciones con antecámara no se consideran convencionales.

Hospital

Es el establecimiento legalmente autorizado en el país en el que esté situado, donde principalmente se realizan

- Intervenciones quirúrgicas y/o
- Otros tratamientos de especialidades médicas y quirúrgicas

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

Es la intervención quirúrgica, incluidas las consultas inmediatamente anteriores y posteriores y los gastos hospitalarios hasta que el Asegurado abandone el hospital.

Médico de Familia

Es la persona:

- Legalmente cualificada para el ejercicio de la medicina tras cursar estudios en una facultad de medicina reconocida y capacitada para realizar tratamientos médicos que no requieran formación de Especialista y autorizada para ejercer la medicina en el país en el que se preste la asistencia.

Se consideran facultades de medicina reconocidas las que figuran en el Directorio Mundial de Escuelas de Medicina periódicamente publicado por la Organización Mundial de la Salud.

Odontólogo

Es la persona legalmente cualificada para ejercer como tal y autorizada por las autoridades competentes del país en el que se realiza la asistencia.

Otros asegurados

Son las personas familiares del Asegurado Principal y cubiertas por la Póliza con la aprobación del Tomador del Seguro.

Período de carencia

Es el período de tiempo computado por meses o años 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.

Póliza

Es el documento escrito que contiene las condiciones reguladoras del Seguro. Forman parte integrante de la Póliza: la Solicitud de Seguro, las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, el Cuadro de Prestaciones y el Cuestionario Médico, si procede, así como los anexos complementarios o modificativos, en su caso.

Prima

Es el precio del Seguro, es decir, la cantidad que el Tomador del Seguro debe pagar al Asegurador, calculada con arreglo a las Condiciones Particulares y periódicamente modificada por acuerdo entre las partes. El recibo correspondiente incluirá también todos los recargos legales, gastos e impuestos que sean de legal aplicación.

Terapeuta

Es el fisioterapeuta, ortóptico o logofoniatra legalmente cualificado y autorizado para ejercer como tal en el país en el que se recibe la Asistencia.

Tomador del Seguro

Es la persona física o jurídica que firma esta Póliza junto con el Asegurador y asume las obligaciones derivadas de la misma, excepto aquéllas que, por su naturaleza, deban ser cumplidas por el Asegurado correspondiente.

I. OBJETO DEL SEGURO

Por el presente contrato, el Asegurador asume, en los términos y con los límites que se expresan en las presentes Condiciones Generales, Particulares, Cuadro de Prestaciones y, en su caso, en los Suplementos de Póliza que se emitan, la asunción y el reembolso total de los gastos, razonables y usuales, realmente incurridos por el Asegurado, derivados de la Asistencia médica quirúrgica y/u hospitalaria que le sea prestada a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto por la presente Póliza, a través de las Garantías que figuran descritas a continuación.

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

1. ASISTENCIA EXTRAHOSPITALARIA

Comprende la asunción o reembolso total por parte del Asegurador de los gastos correspondientes a consultas médico-quirúrgicas de presencia física y servicios de urgencia a domicilio. Igualmente comprende la asunción o reembolso total por parte del Asegurador 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, además, la asunción o el reembolso total por parte del Asegurador de los gastos correspondientes de la asistencia médica a domicilio, cuando por motivos que dependan sólo de la enfermedad que aqueje al Asegurado, el mismo se encuentre impedido para trasladarse al consultorio del médico.

2. ASISTENCIA HOSPITALARIA Y ASISTENCIA EN HOSPITAL DE DÍA

Comprende la asunción o el reembolso total, en los términos y con los límites que se expresan en las presentes Condiciones Generales, Particulares y Cuadro de Prestaciones, por parte del Asegurador de los gastos correspondientes a la asistencia médica y/o quirúrgica y/u hospitalaria prestada al Asegurado como consecuencia del ingreso del mismo como paciente en un hospital ocupando una cama, independientemente de que pernocte o no en dicho hospital.

Quedan incluidos dentro de esta garantía los gastos originados por:

- Habitación convencional en el hospital para el Asegurado, incluidas sus comidas
- Servicios de enfermería prestados por el hospital
- Material y medicación utilizado durante la asistencia
- Utilización del quirófano
- Utilización de U.V.I. o U.C.I. cuando tal uso sea necesario
- Anatomía Patológica, Radiología, Resonancia Magnética Nuclear (RMN), Tomografía Axial Computerizada (TAC) y otras pruebas diagnósticas
- Alojamiento en el hospital para un progenitor acompañante de un Asegurado menor de 18 años
- Los gastos de Especialistas cirujanos y anestelistas por las intervenciones quirúrgicas que se realicen durante la asistencia en hospital de día o en régimen de internamiento hospitalario
- Los gastos de Especialista médico si no se realiza una Intervención Quirúrgica o cuando, realizada ésta, su asistencia sea necesaria por razones médicas
- Los gastos de la propia prótesis y los gastos de hospitalarios de las siguientes intervenciones quirúrgicas:
 - Sustituir una o más válvulas cardíacas, la aorta, una arteria o la córnea del ojo

- Implantar un marcapasos cardíaco
 - Drenar un exceso de líquido cefalorraquídeo
 - Reconstruir una mama tras un cáncer, si tal reconstrucción se realiza en el plazo de dos años desde el primer tratamiento del accidente o el cáncer
 - Prótesis de control esfinteriano
 - Prótesis osteoarticulares y ligamentosas
- Los gastos derivados de intervenciones quirúrgicas cuya finalidad sea la reconstrucción de una parte del cuerpo como consecuencia de un accidente o intervención de cáncer, si tiene lugar durante el período de vigencia de la póliza. El asegurador se hará cargo de los costes correspondientes, siempre y cuando la intervención se considere como parte necesaria del tratamiento del accidente o del cáncer y se haya obtenido la correspondiente autorización del Asegurador.

Para tener derecho al reembolso por el Asegurador, de los conceptos anteriormente señalados:

- La asistencia debe ser prestada y prescrita por un médico Especialista en un hospital
- Debe ser médicamente imprescindible que el Asegurado ocupe una cama de hospital para recibir tal asistencia
- Dicha asistencia debe estar dentro de la cobertura y límites de la Póliza

3. AMBULANCIA

Comprende la asunción o el reembolso total o en los términos y con los límites que se expresan en las presentes Condiciones Generales, Particulares, y Cuadro de Prestaciones por parte del Asegurador del servicio de ambulancia local por vía terrestre, necesario para el traslado del Asegurado a un hospital debido a asistencia en hospital de día o asistencia hospitalaria.

Para tener derecho a esta garantía, el uso de la ambulancia debe haber sido prescrito por un Médico de Familia o un médico especialista y corresponder a uno de los siguientes trayectos:

- Entre el domicilio o el lugar de trabajo y el hospital
- Entre el hospital y el domicilio
- Entre hospitales
- Entre un puerto o aeropuerto y un hospital
- Entre el lugar del accidente y el hospital

Esta prestación no incluye los traslados requeridos para tratamientos de rehabilitación ni para la realización de pruebas diagnósticas en régimen ambulatorio.

4. MATERNIDAD

Comprende la asunción o el reembolso total por parte del Asegurador de las pruebas o tratamientos relacionados con el embarazo, parto y puerperio de acuerdo con los límites especificados en las Condiciones Particulares y el Cuadro de Prestaciones de la Póliza.

5. RECIÉN NACIDO

Esta cobertura tendrá efecto siempre y cuando el recién nacido sea dado de alta en la póliza de Sanitas Exterior dentro del período de tres meses a partir del día de su nacimiento. Para ello, será necesario cumplimentar una solicitud adicional de inclusión de familiares, incluyendo el correspondiente historial médico.

Si Sanitas considera necesario realizar alguna exclusión o limitación en la cobertura, quedará debidamente especificado en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Esta cobertura también comprende la asunción o el reembolso total por parte del Asegurador de los gastos correspondientes a la asistencia médica y/u hospitalaria que precise el recién nacido durante los 28 días posteriores al nacimiento, como consecuencia de cualquier tipo de enfermedad congénita.

6. URGENCIAS DENTALES

El Asegurador se hará cargo de un total de 600 euros por año y persona en concepto de asistencia dental de urgencia. Esta cobertura comprende:

- Examen dental
- Radiografías
- Extracción de cualquier pieza dental
- Detención de sangrado intenso de carácter anómalo (hemorragias)
- Tratamiento de abscesos dentales
- Realización de endodoncias
- Prescripción de antibióticos
- Recolocación de una corona, puente o empaste
- Ajuste o reparación de prótesis dentales
- Construcción y ajuste de coronas temporales

El Asegurador sólo se hará cargo de la asistencia dental de urgencia que el paciente reciba durante la primera visita al odontólogo en cada una de las urgencias dentales. El Asegurador no se hará cargo de las visitas posteriores relacionadas con la misma cura dental.

II. RIESGOS EXCLUIDOS

Quedan excluidos del objeto de este Seguro la asunción o el reembolso total por el Asegurador de gastos médicos y/u hospitalarios y/o quirúrgicos correspondientes a:

- 1. Alergología e Inmunología.**
- 2. El SIDA, VIH y cualesquiera otros virus asociados.**
- 3. Cualesquiera afecciones o trastornos adictivos, abuso o utilización indebida de drogas, alcohol, sustancias o disolventes, estén o no relacionados con fármacos o sustancias recetadas.**
- 4. Tratamientos , gastos o intervenciones relacionadas con la vista causadas por anomalías congénitas o envejecimiento. La asistencia, incluso por láser, y los dispositivos, incluidas las gafas y lentes de contacto, para corregir la vista, incluidas la miopía, la hipermetropía, el astigmatismo y la presbicia.**
- 5. Tratamientos o gastos provenientes de sordera causada por una anomalía congénita o envejecimiento.**
- 6. Pruebas de Densitometría y Terapia Hormonal Sustitutiva (THS).**
- 7. Autovacunas de cualquier tipo o naturaleza.**
- 8. La anticoncepción, esterilización, interrupción del embarazo, problemas sexuales, incluida la impotencia por cualquier causa, y corrección de la esterilidad o la infertilidad en cualquier sexo, incluida la reproducción asistida, así como la realizada mediante el Tratamiento IVF.**
- 9. Los cambios de sexo por cualquier causa.**
- 10. Las siguientes enfermedades de transmisión sexual:**
 - Verrugas genitales
 - Sífilis
 - Gonorrea
 - Herpes genital
 - Clamidia genital
 - Pediculosis púbica
 - Tricomoniasis

11. Todas las afecciones crónicas.

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

12. Todos los aumentos del coste de la asistencia debidos a complicaciones directamente causadas por una enfermedad, lesión o situación excluida o limitada en la presente Póliza.

13. Toda clase de enfermedades, defectos o deformaciones preexistentes y/o congénitas a consecuencia de accidentes o enfermedades ocurridos con anterioridad a la fecha de inclusión de cada asegurado en la Póliza; así como los que puedan derivarse de aquellos.

14. La asistencia sanitaria derivada de un intento de suicidio y/o autolesiones.

15. La asistencia sanitaria derivada de cualquier trastorno del habla.

16. Todas las enfermedades y lesiones causadas por contaminación nuclear o química, guerra, disturbios, revolución o cualquier tipo de desastre o fenómeno natural, tales como inundaciones, huracanes, terremotos, actividad sísmica y similares.

17. La ocupación de una cama de hospital por convalecencia, rehabilitación, asistencia general de enfermería o cualquier otro servicio que pudiera prestarse en una clínica o en cualquier otro tipo de establecimiento distinto de un hospital.

18. Recibir asistencia que no esté incluida dentro de la cobertura de la presente Póliza.

19. Cualquier tratamiento de medicina alternativa a menos que en la presente Póliza se establezca expresamente otra cosa.

20. Cualquier tratamiento seguido por razones estéticas, cosméticas o psicológicas para mejorar o modificar el aspecto del Asegurado, o que se derive de tratamientos estéticos previos. Cualquier tratamiento para la retirada de tejidos no enfermos, sobrantes o de grasa, sea o no necesario por razones médicas o psicológicas.

21. Cualquier tratamiento dental o bucal, incluida la administración y el tratamiento del acortamiento de mandíbula y el tratamiento o reparación de dientes dañados por un accidente.

22. La hemodiálisis y la diálisis peritoneal.

23. Cualquier material y medicación no proporcionados y prescritos para la asistencia en hospital de día o para la asistencia hospitalaria, así como los proporcionados, prescritos o utilizados para tratar afecciones excluidas.

24. Cualquier tipo de tratamiento experimental y no aprobado como práctica médica reconocida por un organismo médico competente del país en el que se realice dicho tratamiento.

25. Cualquier asistencia llevada a cabo en cualquier establecimiento distinto de un hospital, incluidos entre otros los balnearios, las clínicas de cura natural o los centros de salud. Todos los tratamientos, terapias, servicios o procedimientos que no sean convencionales y ortodoxos con arreglo a las

autoridades sanitarias locales del país donde se reciba dicho tratamiento, incluidos entre otros la quiropráctica, la mesoterapia, la osteopatía, la acupuntura, la homeopatía y la hidroterapia.

26. Cualesquiera dificultades de aprendizaje, problemas de conducta o desarrollo, incluidos entre otros la dislexia, el trastorno de hiperactividad con déficit de atención (THDA) o la baja estatura.
27. La colocación y suministro de ayudas y dispositivos físicos, entre otros audífonos, muletas y bastones.
28. Todo lo relativo a la psicología, incluido aunque no limitado a psicoanálisis, hipnosis, psicoterapia individual o de grupo y test psicológicos.
29. Quedan asimismo excluidos los trastornos del sueño, incluidos entre otros la narcolepsia, la apnea de sueño y el ronquido.
30. Los costes de viaje soportados en el desplazamiento para recibir asistencia, excepto que en la presente Póliza se convenga otra cosa.
31. Cualesquiera tratamientos, servicios o procedimientos prestados por un especialista, médico de familia, odontólogo, terapeuta u otro prestador no reconocido por las autoridades competentes del país en el que se realiza la asistencia como poseedor de conocimientos o cualificaciones especializados en el tratamiento de la enfermedad o lesión en cuestión. Igualmente, cualquier tratamiento en cualquier Hospital o por cualquier especialista, médico de familia, odontólogo, terapeuta u otro prestador de servicios al que el Asegurador haya notificado por escrito que ya no le reconoce a efectos de esta Póliza.
32. Cualquier tratamiento para cualquier tipo de cirugía de trasplante o tratamiento relacionado con la misma o derivado de ella, así como este mismo tipo de cirugía y cualquier tratamiento en el que se utilicen órganos, células o tejidos, injertos de piel artificiales, fabricados o cultivados en laboratorio, o la recolección de órganos, células o tejidos.
33. Cualquier tratamiento o servicio médico recibido por una persona en un momento en que no sea Asegurado en virtud de la presente Póliza. Todos los costes y gastos de asistencia no realmente soportados por el Asegurado sometido a la misma.
34. Todos los gastos por tratamientos, servicios y prestaciones cubiertos por esta Póliza cuando éstos no sean razonables y usuales. El Asegurador entiende por razonables y usuales los gastos que, en base a su experiencia, la mayoría de los prestadores de los tratamientos, servicios y prestaciones normalmente aplicarían en el país en el que el Asegurado reciba el tratamiento, servicio o prestación, y cuyo importe sea no superior al que usualmente se cobraría.
35. Cualquier tratamiento no prestado por un Especialista, a menos que en la presente Póliza se establezca expresamente otra cosa.
36. Las prótesis de cualquier clase o naturaleza, salvo las prótesis relacionadas en la cláusula primera de estas Condiciones Generales. Queda excluido cualquier tipo de material ortopédico y el corazón artificial.
37. 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.
38. Cualesquiera costes y gastos soportados por un Asegurado no específicamente cubiertos en estas Condiciones Generales, a menos que en las Condiciones Particulares se establezca específicamente otra cosa.
39. Queda excluida cualquier tipo de asistencia o tratamiento de carácter sanitario, incluidas las urgencias, en Estados Unidos y Canadá, excepto si el Asegurado ha suscrito una póliza que incluya este tipo de cobertura.

III. BASES DEL CONTRATO

1. El presente contrato ha sido concertado sobre las bases de las declaraciones efectuadas por el Tomador del Seguro y el Asegurado en el Cuestionario Solicitud del Seguro, sobre estado de salud, profesión habitual y prácticas de deportes del Asegurado. Dichas declaraciones constituyen la base para la aceptación del riesgo del presente contrato y forman parte integrante del mismo.
2. Si el Tomador del Seguro o Asegurado ha omitido dolosamente cualquier circunstancia por él conocida que pueda influir en la valoración del riesgo, el Asegurador podrá rescindir el contrato durante los treinta días siguientes a la fecha en la que haya tenido conocimiento de tal omisión.
3. La Póliza será indisputable transcurrido un (1) año desde la fecha de efecto del presente contrato, salvo que el Tomador del Seguro o el Asegurado hayan actuado dolosamente.
4. En el supuesto de indicación inexacta de la fecha de nacimiento del Asegurado, el Asegurador sólo podrá impugnar el contrato si la verdadera edad del Asegurado, en el momento de la entrada en vigor del contrato excede de los límites de admisión establecidos por aquél.

En otro caso, si como consecuencia de una declaración inexacta de la edad de un Asegurado la Prima pagada es inferior a la que correspondería pagar, el Tomador del Seguro 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 la verdadera edad de dicho Asegurado.

Si por el contrario la Prima pagada para tal Asegurado es superior a la que debería haberse abonado, el Asegurador estará obligado a restituir al Tomador del Seguro el exceso de las Primas percibidas sin intereses.

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

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

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

IV. PERIODOS DE CARENCIA

Todas las garantías del presente contrato entrarán en vigor una vez haya tomado efecto el mismo. No obstante, se exceptúa del indicado principio general la Asistencia médica, quirúrgica y/u hospitalaria en los supuestos que a continuación se detallan, respecto de los cuales será necesario que hayan transcurrido los respectivos Periodos de Carencia que igualmente se especifican seguidamente:

- 2 años para la cobertura de tratamiento psiquiátrico.
- 2 años para los dos miembros de la pareja para las pruebas habituales que se realizan para investigar la causa de su infertilidad.
- 10 meses para el parto. Este plazo de carencia no será exigible en los casos de urgencia vital para la madre o el/los futuro/s hijo/s.

Los anteriores Periodos de Carencia son aplicables a cada Asegurado desde la fecha de inicio de su cobertura en virtud de la presente Póliza.

V. TRAMITACIÓN EN CASO DE SINIESTRO

SERVICIOS CONCERTADOS CON SANITAS / BUPA INTERNATIONAL

1. Para la tramitación de un siniestro cubierto por esta Póliza, en caso de que el Asegurado utilice los servicios asistenciales médicos y/u hospitalarios y/o quirúrgicos del Cuadro Médico de Sanitas en España y centros o profesionales concertados con Bupa International, el Asegurador abonará directamente los servicios cubiertos directamente al prestador de la asistencia. Para el acceso a dichos servicios asistenciales, el Asegurado debe cumplir las siguientes normas:

- 1.1** El Asegurado presentará su tarjeta Sanitas al servicio asistencial médico, quirúrgico y/u hospitalario del Cuadro Médico de Sanitas en España, identificándose, por tanto, como tal Asegurado, y no abonará cantidad alguna a dicho servicio asistencial médico, quirúrgico y/u hospitalario recomendado.
- 1.2** En cualquier momento, el Asegurador se reserva el derecho a solicitar al Asegurado que proporcione cualquier información o prueba que el Asegurador le requiera, siempre de acuerdo con la normativa médica y de protección de datos de carácter personal.
- 1.3** En caso de cualquier estancia en hospital por más de diez noches, el Asegurado deberá notificarlo al Asegurador por escrito o por teléfono y presentar un informe médico completo de acuerdo con la normativa médica y de protección de datos vigente. La notificación y el informe médico deberán estar a disposición del Asegurador no más tarde de la octava noche de estancia en hospital.
- 1.4** Antes de acudir a cualquier clínica o hospital, o incurrir en gastos de carácter sanitario, el Asegurado debe contactar con el departamento de servicios al cliente de Sanitas (902 25 55 25) o Bupa International (+ 44 (0) 1273 866222) para comprobar que tiene derecho a la prestación del servicio requerido.
- 1.5** Además, será necesaria, con carácter general, la previa prescripción médica y la autorización expresa del Asegurador para intervenciones quirúrgicas, hospitalizaciones, métodos terapéuticos y pruebas diagnósticas excepto los que a continuación se relacionan:

Aerosolterapia
Amnioscopia
Análisis clínicos ordinarios
Audiometría
Broncoespirometría
Citología
Colposcopia
Campimetría
Ecografías (salvo ecografía de 20 semanas, ecografía con punción y Eco-doppler obstétrico)
Electrocardiograma
Estudios anatomopatológicos simples
Histerosalpingografía
Infiltraciones
Monitorización basal de embarazo
Radiología del aparato digestivo (con contraste de sulfato de bario)
Radiología general
Radiología de vías urinarias (con contraste de yodo, excepto la urodinámica)
Toma de biopsia en consulta
Tratamiento ortopédico con escayola

SERVICIOS NO CONCERTADOS CON SANITAS /BUPA INTERNATIONAL

2. Si los costes de la asistencia se producen fuera del Cuadro Médico de Sanitas y profesionales o centros médicos concertados con Bupa International, serán de aplicación los siguientes requisitos a todas las solicitudes de reembolso del Asegurado al Asegurador por prestaciones cubiertas por esta Póliza.

2.1 El Asegurado deberá comunicar el siniestro al Asegurador dentro del plazo máximo de 7 días de haberlo conocido.

2.2 El Asegurado deberá presentar, debidamente cumplimentado, el impreso de solicitud de reembolso emitido por el Asegurador. Este impreso, junto con las facturas originales que justifiquen la solicitud y el resto de documentación recogido en este punto 1.2, deberá enviarse a Sanitas (si la asistencia ha tenido lugar en territorio español) o a BUPA International (si la asistencia ha tenido lugar en el extranjero), en el plazo máximo de 6 meses a contar desde la fecha de finalización de la asistencia. El Asegurador no aceptará fotocopia de las cuentas o facturas, ni originales con cualquier tipo de modificación.

Se requiere un nuevo impreso de solicitud por:

- Cada Asegurado que formula una solicitud de reembolso.
- Cada asistencia en Hospital de Día.
- Cada asistencia hospitalaria.
- Cada afección.
- Por cada divisa en la que el Asegurado presente las facturas que acompañan a la solicitud de reembolso.

2.3 En caso de cualquier estancia en hospital por más de diez noches, el Asegurado deberá notificarlo al Asegurador por escrito o por teléfono y presentar un informe médico completo de acuerdo con la normativa médica y de protección de datos vigente. La notificación y el informe médico deberán estar a disposición del Asegurador no más tarde de la octava noche de estancia en hospital.

2.4 Antes de acudir a cualquier clínica o hospital, o incurrir en gastos de carácter sanitario, el Asegurado debe contactar con el departamento de servicios al cliente de Bupa International (+ 44 (0) 1273 866222) para comprobar que tiene derecho a la prestación del servicio requerido.

2.5 El Asegurado deberá proporcionar al Asegurador, con arreglo a la normativa médica y de protección de datos vigente, toda la información y las pruebas acreditativas de la solicitud de reembolso que éste solicite para evaluar si tal solicitud reúne todos los requisitos, entre otras:

- Informes médicos originales y otros datos sobre el tratamiento al que se refiere la solicitud del Asegurado.
- Resultados originales de cualquier prueba diagnóstica a que el Asegurado se someta a solicitud del Asegurador.
- Confirmación escrita del Asegurado sobre si puede obtener o no de otra persona o compañía de seguros el reembolso de los costes solicitados al Asegurador.
- Justificante de pago, si el Asegurado solicita prestaciones por las que ya haya pagado las cuentas o facturas.

3. El incumplimiento de los requisitos establecidos en esta cláusula cinco por el Asegurado supondrá su renuncia al reembolso por el Asegurador, a menos que tal incumplimiento se deba a causas ajenas a su voluntad.

VI. REEMBOLSO DE GASTOS

En el supuesto de que el Asegurado sufra alguna de las circunstancias previstas en las Condiciones de la Póliza que dé lugar al reembolso, una vez recibida toda la documentación requerida y efectuadas las comprobaciones oportunas para establecer la existencia del siniestro, el Asegurador pagará, conforme a lo dispuesto en esta Cláusula Sexta, al Tomador del Seguro o al Asegurado, según proceda, la cantidad que corresponda mediante cheque o transferencia bancaria en la divisa en la que el Tomador del Seguro pague las Primas o en la de las facturas entregadas.

La gestión del reembolso se llevará a cabo en el plazo de 10 días laborables una vez recibida la documentación requerida y la correspondiente solicitud de reembolso.

Si el Asegurador tiene que realizar un cambio de divisas para el reembolso, el tipo de cambio será la media de los tipos comprador y vendedor establecida por los Bancos de Londres para la divisa concreta y se utilizará el tipo de cambio vigente en la fecha de emisión de las facturas o en la fecha del último tratamiento, si fuera posterior. En el caso de que esta fecha fuera día festivo, se aplicará el cambio vigente en el último día laborable.

El pago se efectuará mediante transferencia bancaria si se poseen los datos relativos a la cuenta del asegurado. La utilización de esta forma de pago, así como cheques bancarios, puede dar lugar a costes adicionales que correrán a cargo del Asegurado.

El Asegurador se reserva el derecho a reembolsar cualquier prestación al albacea testamentario del Asegurado fallecido.

En caso de utilización de hospitales concertados con Sanitas/Bupa International, el Asegurador procederá al pago directamente de los costes producidos en la cobertura hospitalaria, siempre y cuando se encuentren dentro de los límites especificados en las Condiciones Particulares y el Cuadro de Prestaciones de la Póliza.

En caso de utilización de hospitales no concertados con Sanitas/Bupa International, el Asegurador podrá efectuar también los pagos directamente al hospital siempre y cuando el hospital no concertado acepte este procedimiento. Para ello, será necesario que dicho centro se ponga en contacto con Bupa International.

El procedimiento anteriormente detallado no es extensivo a la asistencia o tratamientos extrahospituarios, por lo que el Asegurado deberá abonar los costes directamente, a menos que el profesional o centro que preste el servicio acepte el pago directo de Bupa International.

VII. DURACIÓN DEL SEGURO

1. El seguro se estipula por el período de tiempo previsto en las Condiciones Particulares y, a su vencimiento, de conformidad con el artículo 22 de la Ley del Contrato de Seguro, se prorrogará tácitamente por 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 período en curso.
2. Respecto del Tomador del Seguro, el Asegurador podrá extinguir el Contrato de Seguro con efectos inmediatos en caso de instarse procedimiento de quiebra o suspensión de pagos que afecte al Tomador del Seguro.
3. Con respecto a cada Asegurado, el Seguro se extingue:
 - a) Por extinción del Contrato de Seguro con arreglo a las cláusulas 7.1 y 7.2.
 - b) Por fallecimiento.
4. Las garantías contratadas no tomarán efecto mientras no haya sido satisfecho el primer recibo de Prima.

VIII. PRIMAS DEL SEGURO

1. El Tomador del Seguro, de acuerdo con el artículo 14 de la Ley del Contrato de Seguro, está obligado al pago de la Prima calculada con arreglo a las Condiciones Particulares y con la periodicidad establecida en las mismas, que se realizará mediante domiciliación bancaria salvo que, en Condiciones Particulares, se acuerde otra cosa.
2. La primera Prima será exigible, conforme al artículo 15 de la citada Ley, una vez firmado el contrato. Si no hubiera sido pagada por culpa del Tomador del Seguro, el Asegurador tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago en vía ejecutiva con base en la Póliza, y si no hubiera sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el Asegurador quedará liberado de su obligación, salvo pacto en contrario.
3. En caso de falta de pago de la segunda y sucesivas Primas, la garantía del Asegurador queda suspendida un mes después del día de su vencimiento, y si el Asegurador no reclama el pago en el plazo de los seis meses siguientes a dicho vencimiento, se entenderá que el contrato queda extinguido. Si el contrato no hubiera sido resuelto o extinguido conforme a las condiciones anteriores, la garantía vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el Tomador del Seguro pague la Prima. En cualquier caso, el Asegurador, cuando el contrato esté en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la Prima del período en curso.

4. En el caso de Primas fraccionadas, si ocurriera 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. El pago del importe de la Prima efectuado por el Tomador del Seguro al agente de seguros no se entenderá realizado al Asegurador, salvo que, a cambio, el agente entregue al Tomador del Seguro el recibo de Prima de dicho Asegurador.
7. El pago del importe de la Prima efectuado por el Tomador del Seguro al corredor de seguros no se entenderá realizado al Asegurador salvo que, a cambio, el corredor entregue al Tomador del Seguro el recibo de Prima de dicho Asegurador.
8. En cada renovación, la Prima anual se determinará de acuerdo con la edad alcanzada, el sexo de cada uno de los Asegurados y demás circunstancias que procedan, aplicando las tarifas que el Asegurador tenga en vigor en la fecha de renovación. Al menos dos meses antes de cada renovación, el Asegurador notificará al Tomador del Seguro cualquier modificación en la Prima que vaya a surtir efecto a partir de dicha fecha. El Tomador del Seguro dará su conformidad a las variaciones de Prima que se produzcan por tal motivo.
9. El Tomador del Seguro, recibida, en su caso, la comunicación del Asegurador relativa a la variación de la cuantía de las Primas para la siguiente anualidad, podrá optar entre la prórroga del Contrato de Seguro y la extinción del mismo al vencimiento del período del Seguro en curso. En este último caso, el Tomador del Seguro deberá notificar por escrito al Asegurador su voluntad de dar por finalizada a su término la relación contractual.

IX. OTRAS OBLIGACIONES Y DEBERES DEL TOMADOR DEL SEGURO Y LOS ASEGURADOS

El Tomador del Seguro o, en su caso, los Asegurados tendrán las siguientes obligaciones:

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

El Asegurador podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al Tomador del Seguro en el plazo de un mes, a contar del conocimiento de la reserva o inexactitud del

Tomador del Seguro. Corresponderán al Asegurador, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las Primas relativas al período en curso en el momento que haga esta declaración.

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

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

El Asegurador puede, en un plazo de dos meses a contar del día en que la agravación le ha sido declarada, proponer una modificación del contrato. En tal caso, el Tomador del Seguro 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 del Seguro, dán-

dole para que conteste un nuevo plazo de quince días, transcurridos los cuales y dentro de los ocho siguientes comunicará al Tomador del Seguro la rescisión definitiva.

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

- C)** Comunicar al Asegurador, tan pronto como le sea posible, 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 del Contrato de Seguro, que dispone: "En tal caso, al finalizar el período en curso cubierto por la Prima, deberá reducirse el importe de la Prima futura en la proporción correspondiente, teniendo derecho el Tomador en caso contrario a la resolución del contrato y a la devolución de la diferencia entre la Prima satisfecha y la que le hubiera correspondido pagar, desde el momento de la puesta en conocimiento de la disminución del riesgo". Si por el contrario supone una agravación del riesgo, será de aplicación lo previsto en la letra B) anterior.
- D)** Aminorar las consecuencias del siniestro empleando los medios a su alcance para el pronto restablecimiento. El incumplimiento de este deber con la manifiesta intención de perjudicar o engañar al Asegurador, liberará a éste de toda prestación derivada del siniestro.
- E)** Comunicar al Asegurador, según lo dispuesto en el artículo 101 y el artículo 106 de la Ley de Contrato de Seguro, la existencia de cualquier otro Seguro de enfermedad que se refiera a las personas aseguradas por esta Póliza.
- F)** El Tomador del Seguro deberá confirmar por escrito en cada anualidad del Seguro al Asegurador el número de Asegurados al inicio de la misma y cualquier otro dato que el Asegurador solicite para calcular correctamente la Prima correspondiente.
- G)** Asimismo, el Tomador del Seguro deberá comunicar al Asegurador, tan pronto como le sea posible, las altas (cumplimentando la correspondiente solicitud cuestionario de salud) y bajas de Asegurados que se produjeran durante la vigencia del presente contrato, tomando efecto las mismas el día primero del mes siguiente a la fecha de notificación efectuada por el Tomador del Seguro, adaptándose la Prima a la nueva situación. Asimismo, deberá notificar inmediatamente al Asegurador si cualquier Asegurado Principal dejase de reunir los requisitos para serlo.
- H)** El Tomador del Seguro designará un Secretario de Grupo que actúe en su nombre para ayudar a la tramitación de la presente Póliza con arreglo a lo estipulado en el presente condicionado. El Tomador del Seguro se asegurará de que los Asegurados se mantengan informados de su derecho a las prestaciones con arreglo a lo estipulado en la presente Póliza.

X. DERECHOS DEL TOMADOR DEL SEGURO Y LOS ASEGURADOS

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

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

En tal caso, al finalizar el período en curso cubierto por la Prima, deberá reducirse el importe de la Prima futura en la proporción correspondiente, teniendo derecho el Tomador del Seguro en caso contrario a la resolución del contrato y a

la devolución de la diferencia entre la Prima satisfecha y la que hubiera correspondido pagar, desde el momento de la puesta en conocimiento de la disminución del riesgo.

XI. OTRAS OBLIGACIONES DEL ASEGURADOR

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

XII. DUPLICADO DE PÓLIZA

En caso de extravío de la Póliza, el Asegurador, a solicitud del Tomador del Seguro o, en su defecto, del Asegurado, 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.

XIII. SUBROGACIÓN

El Asegurado deberá notificar al Asegurador tan pronto como sea posible, o rellenar el apartado correspondiente del impreso de solicitud de reembolso, si solicita una Asistencia cuya cobertura corresponda a otra persona.

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

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

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

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

XIV. PRESCRIPCIÓN

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

XV. COMUNICACIONES

1. Las comunicaciones al Asegurador por parte del Tomador del Seguro o del Asegurado se realizarán en el domicilio social de aquél señalado en la Póliza, a menos que se haya notificado en debida forma un cambio de dirección.
2. Las comunicaciones del Asegurador al Tomador del Seguro o al Asegurado se realizarán en el domicilio de los mismos, recogido en la Póliza, salvo que hubiesen notificado el cambio de su domicilio al Asegurador.
3. Las cartas enviadas por los Asegurados al Asegurador deberán ir franqueadas. El Asegurador no estará obligado a devolver documentos originales al Tomador del Seguro o a los Asegurados a menos que así se solicite expresamente.

XVI. CONTROL E INSTANCIAS DE RECLAMACIÓN

- A.** El control de la actividad de la Entidad Aseguradora corresponde al Estado Español, ejerciéndose éste a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía.
- B.** En caso de cualquier tipo reclamación sobre el contrato de seguro, el Tomador, Asegurado, Beneficiario, Tercero perjudicado o Derechohabientes de cualquiera de ellos, deberán dirigirse para su resolución:

1. Al Departamento de Atención al Cliente del Asegurador, -mediante escrito dirigido a la calle Ribera del Loira nº 52 (28042 Madrid) o al fax nº 91 585 24 80 o a la dirección de correo electrónico clientes @ sanitas.es - , quien acusará recibo por escrito y resolverá igualmente mediante escrito motivado en el plazo máximo legal de dos meses desde la fecha de presentación de la reclamación.
2. Una vez agotada dicha vía interna del Asegurador, o en caso de no estar conformes con la resolución de este, podrán formular su reclamación ante el Defensor del Asegurado designado por el Asegurador en los siguientes casos:
 - a) Cuando se trate de reclamaciones cuya cuantía no exceda de 21.000 euros y afecten a la interpretación de las Condiciones Generales y Particulares de la póliza.

No podrán someterse al Defensor del Asegurado las reclamaciones que versen sobre la actuación personal o profesional de los médicos, hospitales y servicios médicos en general que presten atención médica a los asegurados.

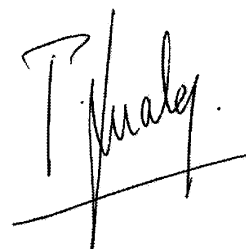
- b) Cuando aún estando fuera de los anteriores supuestos, así lo acepte el Asegurador.

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

3. También, podrá iniciar el procedimiento administrativo de reclamación ante el Comisionado para la Defensa del Asegurado y del Partícipe en Planes de Pensiones. Para ello, el reclamante deberá acreditar que ha transcurrido el plazo establecido para la resolución de la reclamación por el Defensor del Asegurado o que ha sido denegada la admisión de la reclamación o desestimada su petición por éste.
4. En cualquier caso podrá acudir a los Juzgados y Tribunales competentes.

XVII. JURISDICCIÓN

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

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'T. Maley.', is written over a horizontal line.

EL TOMADOR DEL SEGURO

EL ASEGURADOR