



131104-60200014201-42-81607520-3

CONTRATO MARCO DE COLABORACIÓN

CONTRATO MARCO DE COLABORACIÓN

En Madrid, a 04 de Noviembre de 2013

REUNIDOS:

De una parte, D. **LIDIA FLORES** con DNI nº 43694010J en nombre y representación de **SANITAS S.A.** de SEGUROS, con domicilio social en Madrid, c/ Ribera del Loira, C.I.F A-28037042, en adelante **SANITAS**.

Y, de otra parte, D. **SANTIAGO JAVIER LOPEZ PIÑEIRO**, con DNI nº 00107728L, en nombre y representación de **CONS. COL. OF. ING. AGRONOMOS (2013-14)** provista de CIF nº Q2871005A y domicilio en MADRID, C/ STA. CRUZ DE MARCENADO 11, en adelante también denominada en este contrato como el colectivo.

Reconociéndose ambas partes, mutua y recíprocamente, la capacidad legal necesaria para otorgar el presente contrato,

EXPONEN

Que es intención de ambas partes fijar las condiciones del presente acuerdo de colaboración lo cual llevan a efecto con sujeción a las siguientes,

ESTIPULACIONES

PRIMERA.- CONS. COL. OF. ING. AGRONOMOS (2013-14) y **Sanitas** han alcanzado un acuerdo en virtud del cual las personas expresamente indicadas en el Anexo 1, en adelante denominadas en este contrato como los componentes, podrán beneficiarse de las condiciones finalmente indicadas en dicho Anexo y que son más beneficiosas a las que **SANITAS** ofrece a clientes individuales.

SEGUNDA.- Para que los componentes de **CONS. COL. OF. ING. AGRONOMOS (2013-14)**, puedan beneficiarse de las condiciones adjuntas, deberán solicitar y **SANITAS** aceptar, la suscripción como Tomadores y Asegurados, de las Condiciones Generales y Particulares del producto a que el presente Acuerdo se refiere, que se encuentren vigentes en **Sanitas** en cada momento. A efectos de identificación, todas las pólizas que se suscriban en virtud del presente acuerdo tendrán la siguiente numeración inicial **81607520 3.**

TERCERA.- Los componentes de **CONS. COL. OF. ING. AGRONOMOS (2013-14)** decidirán en cada caso, si desean contratar sus pólizas de seguros directamente con **SANITAS** o a través de un mediador autorizado por ésta, para intervenir en la contratación de la póliza. En ningún caso **CONS. COL. OF. ING. AGRONOMOS (2013-14)** será considerado mediador de dicha póliza.

CUARTA.- CONS. COL. OF. ING. AGRONOMOS (2013-14), se obliga en virtud del presente Acuerdo exclusivamente a informar a sus componentes de los términos de la oferta realizada por **Sanitas**. La contratación por los componentes de sus respectivas pólizas tendrá carácter individual, no asumiendo el colectivo por causa de ella, función de intermediación, ni obligación o responsabilidad de ninguna clase.

QUINTA.- El presente contrato entra en vigor el día 01 de Octubre del 2013 y se establece por duración indefinida, pudiendo resolverse unilateralmente por cualquiera de las partes comunicándose a la otra por correo certificado con acuse de recibo con al menos 2 meses de antelación a la fecha efectiva de extinción de que se trate y sin que por motivo de dicha extinción contractual tenga ninguna de las partes derecho a exigir a la otra indemnización por ningún concepto.

SEXTA.- Las partes asumen el deber de guardar la más estricta confidencialidad respecto de toda información económica, financiera, técnica o estratégica, que, durante la vigencia de este contrato, conozcan de la otra parte, como consecuencia de los servicios comprometidos en este documento.

En caso de que los componentes del colectivo suscriban la póliza de asistencia sanitaria con Sanitas, ésta será responsable del fichero de los datos que recabe a través de la suscripción de la póliza de asistencia sanitaria pudiendo realizar con dichos datos el tratamiento que precise para hacer efectivo el contrato de

seguro y aquellos otros para los que haya solicitado el consentimiento de sus titulares.

En el supuesto de que ambas partes deban comunicarse datos de los componentes que se adscriben al acuerdo, lo harán para verificar, por un lado, que en todo momento ostentan las características para beneficiarse de las condiciones de la póliza acordadas entre el colectivo y Sanitas y por otro lado controlar la siniestralidad y acordar consecuentemente la prima de seguro que debe ser aplicada, debiendo informarse a los titulares de los datos de la existencia de dicha comunicación que estará amparada por el art. 11.2 c) de la LOPD.

Ambas partes se comprometen a cumplir adecuadamente y en todo momento las disposiciones contenidas en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, así como en el Real Decreto 994/1999, de 11 de junio, por el que se aprueba el Reglamento de medidas de seguridad de los ficheros automatizados que contengan datos de carácter personal , y en cualesquiera otras normas vigentes o que en el futuro puedan promulgarse sobre la materia.

En este sentido, ambas partes se comprometen a utilizar o aplicar los datos personales que se puedan facilitar exclusivamente para la comprobación de la pertenencia de las personas a dicho colectivo. Éste por su parte se obliga a no comunicar los datos, ni siquiera a efectos de su conservación, a otras personas, ni duplicar ni reproducir toda o parte de la información, resultados o relaciones sobre los mismos.

Ambas partes declaran haber informado adecuadamente a sus empleados acerca de la normativa reguladora de protección de datos así como de las medidas de seguridad que deben adoptar en relación con el tratamiento de dichos datos el cual únicamente puede ser efectuado por aquellos empleados que por razón de sus funciones tienen necesidad de acceder o tratar los mismos comprometiéndose en todo caso todos los empleados a mantener la debida confidencialidad en relación con los mismo.

Ambas partes dejarán indemne a la otra de cualquier responsabilidad de carácter económico que pudiera derivarse de reclamación de tercero por incumplimiento de alguna de sus obligaciones referidas establecidas en la presente estipulación o de las derivadas de la legislación aplicable en materia de protección de datos personales, siempre y cuando sea declarada la exclusiva responsabilidad de una de las partes mediante resolución firme.

El incumplimiento por cualquiera de las partes del deber de confidencialidad establecido en el primer párrafo de la presente estipulación facultará a la parte no incumplidora a la resolución inmediata del presente acuerdo y a exigir los daños y perjuicios que el incumplimiento por la otra parte le hubiera ocasionado.

SÉPTIMA.- Por otra parte, los datos personales de los representantes legales o trabajadores del colectivo que el mismo facilite en cualquier momento a Sanitas serán incluidos en un fichero automatizado de datos titularidad de Sanitas y mantenido bajo su responsabilidad. La finalidad de dicho fichero es el cumplimiento y gestión de forma adecuada de las relaciones con el colectivo así como para fines comerciales y publicitarios de Sanitas o de terceros. Los representantes y el personal de el colectivo podrán en cualquier momento acceder a dicho fichero con la finalidad de ejercitar los derechos de acceso y, en su caso, de rectificación, cancelación y oposición respecto a sus datos personales. Dichos derechos podrán ejercitarse mediante comunicación a Sanitas, en la dirección ya indicada en el encabezamiento de este contrato. El colectivo se compromete a informar a sus representantes y empleados del tratamiento que hace Sanitas de sus datos y de los derechos que les asisten.

OCTAVA.- Será causa de resolución del presente contrato de seguro, en cualquier momento de su vigencia, la licitación por parte de la entidad tomadora de las coberturas que son objeto de la presente póliza de seguro. La tomadora deberá comunicar dicha decisión a SANITAS, con al menos un mes de antelación a la fecha efectiva de resolución de que se trate.

Y en prueba de conformidad firman el presente Contrato por duplicado ejemplar y en un solo efecto en lugar y fecha indicados en el encabezamiento.

**SANITAS, S.A. DE SEGUROS LIDIA
FLORES**

LA ENTIDAD
**CONS. COL. OF. ING. AGRONOMOS
(2013-14)**

SANTIAGO JAVIER LOPEZ PIÑEIRO

ANEXO 1 AL CONTRATO MARCO DE COLABORACIÓN DE FECHA 04 de Noviembre de 2013 SUSCRITO ENTRE SANITAS, S.A. DE SEGUROS Y CONS. COL. OF. ING. AGRONOMOS (2013-14)

COMPONENTES DE CONTRATO

| COMPONENTES | DURACIÓN DEL SEGURO |
|--|---|
| Podrán contratar como asegurados los empleados de CONS. COL. OF. ING. AGRONOMOS (2013-14) así como cónyuge o pareja de hecho e hijos que convivan con el empleado que se hayan dado de alta en las solicitudes de seguro que para tal fin existen en la compañía y cuyo riesgo haya sido aceptado expresamente por la misma. | Cada una de las pólizas que se contraten en virtud de este acuerdo establecerán su duración respectiva en sus condiciones particulares. |

TABLA PARA DETERMINAR LA PRIMA NETA MENSUAL DURANTE LA VIGENTE ANUALIDAD DE SEGURO (1) PARA EL PRODUCTO **Sanitas Profesionales:**

| Edad Hasta | Varones | Mujeres | Edad Hasta | Varones | Mujeres | Edad Hasta | Varones | Mujeres |
|------------|---------|---------|------------|---------|---------|------------|---------|---------|
| 2 | 46.55 | 46.55 | 44 | 42.95 | 42.95 | 64 | 90.55 | 90.55 |
| 24 | 37.75 | 37.75 | 59 | 50.55 | 50.55 | 999 | 111.05 | 111.05 |

TABLA PARA DETERMINAR LA PRIMA NETA MENSUAL DURANTE LA VIGENTE ANUALIDAD DE SEGURO (1) PARA EL PRODUCTO **Farmacia:**

| Edad Hasta | Varones | Mujeres |
|------------|---------|---------|
| 999 | 0 | 0 |

Continuación ...

TABLA PARA DETERMINAR LA PRIMA NETA MENSUAL DURANTE LA VIGENTE ANUALIDAD DE SEGURO (1) PARA EL PRODUCTO **Sanitas Dental 21:**

| Edad Hasta | Varones | Mujeres |
|---------------|---------|---------|
| 999 | 0 | 0 |

(1) La anterior prima neta deberá ser incrementada con el 0.15% correspondiente al Consorcio de Compensación de Seguros (CCS). El cargo de dicho impuesto se realiza en el primer recibo de cada anualidad.

La prima de seguro de esta póliza así como el alcance de sus coberturas aseguradas se han establecido teniendo en consideración que en la misma habrá en todo momento al menos un número mínimo de asegurados igual que el existente en la fecha de contratación de la misma. Si el número de asegurados de la póliza es inferior al citado número mínimo en algún momento de su vigencia, Sanitas podría proponer al tomador de la póliza una modificación del contrato. El tomador dispondrá de 15 días para aceptarla o rechazarla. En caso de rechazo o silencio por parte del tomador, Sanitas podrá, una vez transcurrido el citado 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, comunicará al tomador la rescisión definitiva, que se producirá al vencimiento del mes natural en el que se efectúe dicha comunicación.

Garantías complementarias

Las garantías complementarias indicadas a continuación únicamente serán prestadas a aquellos asegurados de la presente póliza que las contraten específicamente y siempre que así conste reflejado en la documentación de la póliza que se envíe a cada asegurado y donde constan las garantías complementarias suscritas en su caso por cada uno de ellos.

Reembolso Ginecología, Pediatría y Obstetricia

Renta (Subsidio Hospitalización)

Asistencia en EEUU

Garantía de Accidentes de Trafico/Laborales

Garantía de Incapacidad Temporal

Sanitas Dental

Sanitas Accidentes

Sanitas Accidentes

Óptica

Medicina Alternativa

Óptica

Farmacia

Reembolso de Gastos 50.000

Reembolso de Gastos 100.000

Reembolso de Gastos 150.000

Reembolso de Gastos 200.000

Reembolso de Gastos 300.000

Sanitas Profesionales

SANITAS, S.A. DE SEGUROS

LA ENTIDAD

**SANTIAGO JAVIER LOPEZ
PIÑEIRO**

INFORMACIÓN ADICIONAL DE LAS GARANTÍAS COMPLEMENTARIAS

Garantía Complementaria de Accidentes

Capital Asegurado para la Garantía Complementaria de Accidentes

| | |
|---------------|-------------|
| Fallecimiento | 30.000,00 € |
| Invalidez | 30.000,00 € |
| Fallecimiento | 60.000,00 € |
| Invalidez | 60.000,00 € |

Garantía Complementaria de Renta:

Indemnización Diaria por asegurado para la Garantía Complementaria de Renta

| | |
|------------------------------|---------|
| Convalecencia y Compensacion | 60,00 € |
| Renta Con Parto | 60,00 € |

Garantía Complementaria de Incapacidad Temporal

Se incluye la cobertura de Incapacidad Laboral Temporal por enfermedad, prestada por La Previsión Mallorquina de Seguros S.A. La cobertura asegurada se aplica exclusivamente al tomador y asegurado del producto Sanitas Profesionales. La cobertura asegurada entrará en vigor respecto a cada asegurado, una vez transcurridos ocho meses a contar desde la fecha respectiva de efecto, de la póliza de Seguro Sanitas Profesionales de que se trate.

El subsidio de incapacidad temporal será de 10,00€ diarios.

SU COPARTICIPACIÓN EN EL COSTE DE LOS SERVICIOS

¿Que es la coparticipación?

La coparticipación en el coste de los servicios o copagos son una medida implantada por la mayoría de las compañías de seguros de salud con el fin de concienciar a sus asegurados del uso responsable de los servicios médicos.

Por otra parte, con el copago se evitan subidas genéricas de la prima a toda la cartera de clientes gracias a la distribución de dicho coste según el uso de servicios médicos realizado por cada cliente.

A continuación le detallamos el copago que tendrá que abonar por cada uso de los servicios asistenciales.

Cada una de las veces que el Tomador y/o Asegurado utilice la tarjeta Sanitas estará obligado a satisfacer al Asegurador en concepto de participación en el coste de los servicios la cantidad de:

- Para el Producto SANITAS DENTAL :
- 3,00 euros --> Servicios incluidos en la póliza dental sin abono de franquicias y que aparecen identificados en las presentes condiciones particulares como INC (incluido).
- 0,00 euros --> Resto de servicios producto dental

LÍMITES DE CAPITAL ASEGURADO APLICABLE A LAS PRÓTESIS OBJETO DE COBERTURA DE ESTA PÓLIZA

| Área | Prótesis - material implantable | Capital asegurado por prótesis |
|--|---|--|
| Oftalmología | Lente intraocular (monofocal para cirugía de cataratas) | 100€ |
| Traumatología y cirugía ortopédica | Prótesis de cadera | 3.500€ |
| | Prótesis de rodilla | 3.500€ |
| | Prótesis de otras articulaciones (hombro, codo, pie, mano...) | 3.500€ |
| | Fijación de columna (un nivel vertebral = 2 vértebras) | 4.500€ cualquier intervención con más de un nivel requiere valoración con informe médico y presupuesto |
| | Discos intervertebrales (unidad) | 4.500€ |
| | Material de interposición intervertebral (u interespinosas) | 2.500€ |
| | Vertebroplastia - cifoplastia | 2.000€ |
| | Prótesis de ligamentos (incluye los biológicos de bancos de tejidos nacionales) | 1.800€ |
| | Material de osteosíntesis | 2.000€ |
| Área cardiovascular | Prótesis vasculares (stent by-pass) (excluye expresamente aorta en cualquiera de sus tramos y conductos valvulados) | 1.800€ |
| | Válvulas cardíacas (excluye expresamente conductos valvulados) | 4.500€ |
| | Marcapasos (no está incluido ningún tipo de desfibrilador) | 6.000€ |
| | Stent coronario (unidad - tanto medicalizado como no medicalizado) | 2.000€ |
| | Coils | Sin límite |
| Quimioterapia o tratamiento del dolor | Reservorios | 800€ |

| | | |
|----------------|---|---------------------------------------|
| Cirugía | Mallas abdominales | 500€ |
| | Sistemas de suspensión urológica | 1.000€ con presupuesto y autorización |
| | Sistemas de derivación de líquido cefalorraquídeo (hidrocefalia) | 1.500€ |
| | Prótesis de mama y expansores (siempre que exista una cirugía tumoral previa en la mama afectada) | 1.000€ |

LOS PERIODOS DE CARENCIA DE SU PÓLIZA

¿Que son los periodos de carencia?

Los periodos de carencia indican el tiempo que ha de transcurrir entre el alta en el seguro médico y la posibilidad de solicitar la utilización de determinados servicios de asistencia sanitaria.

Para el producto **Sanitas Profesionales** :

Quedan excluidas de cobertura asegurada, aquellas prestaciones médicas que tengan relación directa con una cualquiera de las patologías relacionadas a continuación y que padezca el asegurado con anterioridad a su fecha de alta en la presente póliza, las cuales tiene obligación de haber declarado en el correspondiente cuestionario de salud para una correcta valoración del riesgo por la Entidad Aseguradora.

Procesos oncológicos, Enfermedades congénitas, Enfermedades desmielinizantes, Parkinson, Demencia, Epilepsia, Patología intramedular o intracraneal, Paraplejias, hemiplejias o tetraplejias, Diabetes mellitus, Obesidad mórbida, Arterioesclerosis, Aneurisma de aorta, Cardiopatía isquémica, del ritmo cardiaco, valvular o miocardiopatías, Enfermedad hipertensiva maligna, Fibrosis pulmonar, Insuficiencia respiratoria crónica, Enfermedad cerebrovascular, Insuficiencia renal crónica, Hepatopatía o pancreatitis crónica, Patología endocrino-metabólica, Colitis ulcerosa, Enfermedad de Crohn, Endometriosis, Artritis reumatoide o psoriásica, Distrofias musculares, Lupus sistémico, Dermatomiostitis, Espondilitis anquilopoyética, Trastornos hematológicos severos, Cirugías osteoarticulares con prótesis o materiales implantados, Patología degenerativa o accidental de columna, cadera, rodilla, hombro o pie, Esquizofrenia, Trastornos bipolares, Trastornos alimenticios: anorexia o bulimia, Trasplantes, SIDA.

LAS COBERTURAS ADICIONALES DE SU PÓLIZA

Además de las garantías contempladas en la presente póliza, también dispondrá de las siguientes coberturas adicionales.

Será de aplicación:

Para contar con la cobertura asegurada de la prueba diagnóstica colonografía realizada mediante tomografía computarizada (TC) indicada en el apartado Radiodiagnóstico-Diagnóstico por Imagen de las Condiciones Generales, el asegurado deberá participar en el coste del servicio en la cantidad total y única de trescientos (300) euros, siendo preceptivo el pago de dicha cantidad con anterioridad a la prestación del servicio. Esa prueba diagnóstica sólo podrá realizarse en centros concertados para ello por la Entidad Aseguradora.

Los datos contenidos en el presente documento son confidenciales y están protegidos conforme a la ley Orgánica 15/1999 de Diciembre, de protección de datos de carácter personal y normas complementarias.

El Tomador y/o Asegurado acepta expresamente cada una de las cláusulas contenidas en las presentes condiciones particulares y en las condiciones generales que recibe junto con este documento y que declara conocer. Especialmente declara aceptar las cláusulas limitativas contenidas en dichas condiciones generales y en su caso en las presentes condiciones particulares, las cuales constan debidamente destacadas de conformidad con lo establecido en el 3 de la Ley de Contrato de Seguro.

De acuerdo con el Art. 107 del Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, el Tomador y/o Asegurado declaran haber recibido en esta misma fecha y con anterioridad a la celebración del contrato, toda la información que consta en el artículo 104 del citado Reglamento (es decir, legislación aplicable al contrato de seguro, instancias de reclamación y procedimiento a seguir), y que consta así mismo en la presente póliza de seguro.

Hecho por duplicado en Madrid a 04 de Noviembre de 2013

Por el Asegurado/Tomador del Seguro

Por el Asegurador



Sergio de Andrés Osorio
Sanitas, S.A. de Seguros

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Habiendo llegado EL COLECTIVO y SANITAS al acuerdo en virtud del cual las personas designadas como “Grupo Asegurado”, “componentes”, “asegurados” ó “beneficiarios” (indistintamente) por EL COLECTIVO podrán beneficiarse de las condiciones que se pactan en el referido acuerdo de suscripción de póliza de asistencia sanitaria y que son más beneficiosas respecto a las que SANITAS ofrece a clientes individuales, para verificar la pertenencia al COLECTIVO de cada uno de los “componentes” o “asegurados” y por tanto su derecho a beneficiarse de las condiciones de la referida póliza, puede ser preciso que ambas partes se comuniquen los datos básicos identificativos de los “beneficiarios ó componentes” de las pólizas.

Con el fin de garantizar la confidencialidad de la información de cualquier tipo que ambas partes deben comunicarse en virtud del presente acuerdo y especialmente si la misma contiene datos personales de los “beneficiarios ó componentes” de la póliza que en un determinado momento pueden tener que comunicarse, ambas partes asumen el deber de guardar la más estricta confidencialidad respecto de toda aquella información que, durante la vigencia de este contrato, conozcan de la otra parte como consecuencia de los servicios comprometidos en este documento.

En caso de que los COMPONENTES del COLECTIVO suscriban la póliza de asistencia sanitaria con SANITAS, ésta será responsable del fichero de los datos que recabe a través de la suscripción de la póliza de asistencia sanitaria pudiendo realizar con dichos datos el tratamiento que precise para hacer efectivo el contrato de seguro y aquellos otros para los que haya solicitado el consentimiento de sus titulares. El mismo se habrá obtenido por SANITAS a través de los procedimientos que dicha compañía haya establecido al efecto entre los que se encuentran, a modo de ejemplo, bien el alta directa del “beneficiario ó componente” a través del acceso a la página web que le facilita SANITAS a los beneficiarios del COLECTIVO, bien a través de la firma manuscrita de la solicitud de seguros por el mismo beneficiario.

En el supuesto de que ambas partes deban comunicarse datos de los “beneficiarios ó componentes” que están adscritos al acuerdo, lo harán para verificar, por un lado, que en todo momento ostentan las características para beneficiarse de las condiciones de la póliza acordadas entre el COLECTIVO y SANITAS, esto es, la comprobación de la pertenencia de las personas a dicho Colectivo y por otro lado controlar la siniestralidad y acordar consecuentemente la prima de seguro que debe ser aplicada, debiendo informarse a los titulares de los datos de la existencia de dicha comunicación que estará amparada por el art. 11.2 c) de la LOPD.

Ambas partes se comprometen a cumplir adecuadamente y en todo momento las disposiciones contenidas en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, así como en cualesquiera otras normas vigentes o que en el futuro puedan promulgarse sobre la materia.

Ambas partes dejarán indemne a la otra de cualquier responsabilidad de carácter económico que pudiera derivarse de reclamación de tercero por incumplimiento de alguna de sus obligaciones referidas establecidas en la presente estipulación o de las derivadas de la legislación aplicable en materia de protección de datos personales, siempre y cuando sea declarada la exclusiva responsabilidad de una de las partes mediante resolución firme.



FRANQUICIAS DENTALES

SANITAS DENTAL 21

Servicios 2013

Franquicias 2013/€

ODONTOLOGÍA PREVENTIVA

| | |
|---|-------|
| Consulta odontología general: exploración y diagnóstico | inc |
| Fluorizaciones tópicas | 8,05 |
| Limpieza de boca / tartrectomía | inc |
| Tratamiento para la sensibilidad dental | 17,25 |
| Sellador de fisuras | 17,25 |

CIRUGÍAS

- EXTRACCIONES

| | |
|--|-----|
| Extracción simple | inc |
| Extracción de cordales no incluidos | inc |
| Extracción pieza incluida (también cordales incluidos) | inc |
| Extracción restos radiculares | inc |
| Odontosección | inc |
| Curas | inc |

- CIRUGÍA MENOR

| | |
|---|-------|
| Frenectomías (superior o inferior) | 55,78 |
| Extirpación épulis/pequeños quistes mucosos | 55,20 |
| Drenaje abscesos gingivales/paradontales | 26,45 |
| Apicectomías | 82,80 |
| Quiste dentario | 73,60 |

- CIRUGÍA PREPROTÉSICA

| | |
|---|--------|
| Vestibuloplastia (por cuadrante) | 129,38 |
| Regularización reborde alveolar (por cuadrante) | 129,38 |
| Extirpación de torus (por cuadrante) | 129,38 |

- CIRUGÍA ORTODÓNICA

| | |
|---|-------|
| Tratamiento quirúrgico-ortodónico (fenestración) (por diente) | 95,68 |
|---|-------|

ODONTOLOGÍA CONSERVADORA

| | |
|--------------------------------|-------|
| Empaste / obturación | 41,40 |
| Reconstrucción | 52,90 |
| Recubrimiento pulpar directo | 16,68 |
| Recubrimiento pulpar indirecto | 10,93 |
| Obturación provisional | 17,25 |

ENDODONCIA

| | |
|--|--------|
| Consulta tratamiento sintomatológico (apertura, instrumentación y drenaje) | 18,98 |
| Material retroobturador (MTA) | 86,25 |
| Poste de fibra de vidrio o carbono | 57,50 |
| Endodoncia unirradicular | 86,25 |
| Endodoncia birradicular | 117,30 |
| Endodoncia polirradicular | 160,43 |
| Reendodoncia unirradicular | 104,65 |

SANITAS DENTAL 21

Servicios 2013

Franquicias 2013/€

| | |
|-----------------------------|--------|
| Reendodoncia birradicular | 135,70 |
| Reendodoncia polirradicular | 178,83 |

ODONTOLOGÍA ESTÉTICA

- BLANQUEAMIENTOS

| | |
|--|--------|
| Blanqueamiento dental con férulas (por tratamiento) | 287,50 |
| Blanqueamiento interno diente no vital (por sesión) | 61,53 |
| Blanqueamiento dental por fotoactivación (láser, plasma, xenón) (por diente) | 55,78 |
| Blanqueamiento dental: tratamiento mixto fotoactivación más férula (una arcada por tratamiento) | 345,00 |
| Blanqueamiento dental: tratamiento mixto fotoactivación más férula (ambas arcadas por tratamiento) | 402,50 |
| Férula para blanqueamiento de fotoactivación (para tratamientos realizados en clínica) | inc |

- RECONSTRUCCIONES DENTARIAS

| | |
|---|--------|
| Reconstrucción frente estético de composite (por pieza) | 59,23 |
| Reparación intraoral de porcelana (por pieza) | 76,48 |
| Carilla de porcelana | 246,10 |
| Carilla inyectada | 270,83 |
| Carilla de zirconio | 307,63 |
| Corona inyectada | 393,88 |
| Corona de zirconio | 460,00 |

ODONTOPEDIATRÍA

| | |
|---|--------|
| Consulta | inc |
| Educación bucodental | 4,00 |
| Radiografía intraoral (hasta 12 años) | inc |
| Fluorizaciones tópicas | 8,05 |
| Sellador de fisuras | 17,25 |
| Extracción dientes temporales | inc |
| Obturación en dientes temporales | 41,40 |
| Pulpotomía sin reconstrucción | 51,75 |
| Pulpectomía sin reconstrucción | 86,25 |
| Corona preformada metálica | 61,53 |
| Apicoformación (tratamiento completo) | 74,18 |
| Mantenedor de espacio fijo | 86,25 |
| Mantenedor de espacio removible | 103,50 |
| Retirar puente/corona/mantenedor de espacio (por pieza) | 13,23 |
| Guía de oclusión (por pieza) | 46,00 |
| Pantalla oral | 51,75 |

PRÓTESIS

| | |
|--|-------|
| Montaje y estudio en articulador semiajustable | 49,45 |
| Análisis oclusal | 9,00 |
| Tallado selectivo | 17,25 |
| Encerado diagnóstico (por pieza) | 28,75 |

SANITAS DENTAL 21

Servicios 2013

Franquicias 2013/€

- PRÓTESIS FIJA

| | |
|---|--------|
| Retirar puente/corona/mantenedor de espacio (por pieza) | 13,23 |
| Recementado | 4,05 |
| Incrustación metal | 59,80 |
| Incrustación composite | 86,25 |
| Incrustación porcelana | 147,78 |
| Corona de resina provisional | 25,30 |
| Corona o puente metal-porcelana | 221,95 |
| Corona o puente metal noble-porcelana | 283,48 |
| Corona o puente porcelana | 172,50 |
| Corona o puente inyectada | 393,88 |
| Corona o puente de zirconio | 460,00 |
| Corona o puente de fibra de vidrio | 287,50 |
| Muñón colado unirradicular | 92,58 |
| Muñón colado multirradicular | 110,98 |
| Muñón de zirconio | 207,00 |
| Apoyo Maryland (unidad) | 74,18 |
| Attaches | 147,78 |

- PRÓTESIS REMOVIBLE

| | |
|---|--------|
| Removible acrílico (de 1 a 3 piezas) | 209,30 |
| Removible acrílico (de 4 a 6 piezas) | 270,83 |
| Removible acrílico (más de 6 piezas) | 313,95 |
| Suplemento resina hipoalérgica (por arcada) | 44,85 |
| Compostura (SPL) | 34,50 |
| Compostura (rebase) (por aparato) | 69,00 |
| Compostura (añadido de retenedor) | 47,15 |
| Compostura (refuerzo metálico) | 28,75 |
| Compostura (añadir pieza a removible acrílico) | 41,40 |
| Completa (una arcada, superior o inferior) | 322,00 |
| Esqueléticos (por pieza) | 49,45 |
| Esqueléticos (estructura base) | 215,63 |
| Removible flexible (de 1 a 3 piezas) (Flexite, Valplast, otros) | 430,68 |
| Removible flexible (de 4 a 6 piezas) (Flexite, Valplast, otros) | 455,40 |
| Removible flexible (más de 6 piezas) (Flexite, Valplast, otros) | 492,20 |
| Hombro o cuello cerámico (por pieza) | 34,50 |

PERIODONCIA

- TRATAMIENTOS NO QUIRÚRGICOS

| | |
|--|-------|
| Valoración periodontal (periodontograma) (por arcada) | 20,00 |
| Mantenimiento periodontal | 34,50 |
| Serie radiográfica periodontal | inc |
| Curetaje (raspado y alisado radicular) (por cuadrante) | 56,06 |
| Ferulización periodontal (por pieza) | 43,13 |
| Curetaje (raspado y alisado) (por pieza) | 10,35 |

SANITAS DENTAL 21

Servicios 2013

Franquicias 2013/€

- TRATAMIENTOS QUIRÚRGICOS

| | |
|--|--------|
| Gingivectomía (por cuadrante) | 28,50 |
| Cirugía a colgajo (por cuadrante) | 111,26 |
| Regeneración con biomateriales (hueso liofilizado, etc.) | 184,58 |
| Membrana (unidad) | 246,10 |
| Alargamiento coronario | 149,50 |
| Colgajo reposición apical (por cuadrante) | 227,70 |
| Injerto libre de encía | 149,50 |

ORTODONCIA⁽¹⁾

- TRATAMIENTOS COMPLEMENTARIOS

| | |
|---|--------|
| Estudio y diagnóstico para ortodoncia | 74,18 |
| Consulta | inc |
| Estudio radiológico para ortodoncia | inc |
| Extracción dientes temporales | inc |
| Extracción simple | inc |
| Aparato de retención (finalización de tratamiento por arcada) | 147,78 |
| Revisiones (en periodos de latencia o descanso) | 25,00 |
| Renovación aparato móvil, cambio o pérdida | 138,00 |
| Compostura de aparatos (por rotura de aparatos) | 37,38 |
| Micro tornillos ortodóncicos | 172,50 |
| 1ª reposición brackets metálicos | 2,00 |
| 2ª reposición brackets metálicos (unidad) | 2,30 |
| 1ª reposición brackets cerámicos | 5,00 |
| 2ª reposición brackets cerámicos (unidad) | 5,75 |
| 1ª reposición brackets autoligables | 8,00 |
| 2ª reposición brackets autoligables (unidad) | 9,20 |
| 1ª reposición brackets zafiro | 10,00 |
| 2ª reposición brackets zafiro (unidad) | 11,50 |
| Caja ortodoncia | 2,00 |
| Protector bucal para ortodoncia | inc |

TRATAMIENTO CON APARATOLOGÍA FIJA

- CON BRACKETS METÁLICOS

| | |
|---|-----------------|
| Inicio una arcada; sup. o inf. (incluye primer aparato) | 266,23 |
| Inicio ambas arcadas (incluye primeros aparatos) | 443,33 |
| Tratamiento..... | 2.498,38 |

- CON BRACKETS CERÁMICOS

| | |
|---|-----------------|
| Inicio una arcada; sup. o inf. (incluye primer aparato) | 512,33 |
| Inicio ambas arcadas (incluye primeros aparatos) | 738,30 |
| Tratamiento una arcada..... | 2.744,48 |
| Tratamiento ambas arcadas..... | 2.990,58 |

SANITAS DENTAL 21

Servicios 2013

Franquicias 2013/€

- CON BRACKETS DE ZAFIRO

| | |
|---|-----------------|
| Inicio una arcada; sup. o inf. (incluye primer aparato) | 914,83 |
| Inicio ambas arcadas (incluye primeros aparatos) | 1.428,88 |
| Tratamiento una arcada..... | 3.146,98 |
| Tratamiento ambas arcadas..... | 3.680,58 |

- CON TÉCNICA DE BRACKETS AUTOLIGABLES

| | |
|---|-----------------|
| Inicio una arcada; sup. o inf. (incluye primer aparato) | 573,85 |
| Inicio ambas arcadas (incluye primeros aparatos) | 799,83 |
| Tratamiento una arcada..... | 2.806,00 |
| Tratamiento ambas arcadas..... | 3.113,63 |

- CON TÉCNICA DE BRACKETS AUTOLIGABLES ESTÉTICOS

| | |
|--|-----------------|
| Inicio una arcada; sup.o inf. (incluye primer aparato) | 803,85 |
| Inicio ambas arcadas (incluye primeros aparatos) | 1.029,83 |
| Tratamiento una arcada..... | 3.036,00 |
| Tratamiento ambas arcadas..... | 3.343,63 |

- CON TÉCNICA INVISIBLE

| | |
|---|----------|
| Inicio tratamiento menos de 12 meses | 3.691,50 |
| Inicio tratamiento a partir de 12 meses | 4.922,00 |

TRATAMIENTO INTERCEPTIVO

- CON APARATOLOGÍA FIJA

| | |
|---|-----------------|
| Inicio una arcada; sup.o inf. (incluye primer aparato - quad helix) | 184,58 |
| Inicio ambas arcadas (incluye primeros aparatos) | 369,15 |
| Tratamiento..... | 1.907,28 |

- CON APARATOLOGÍA REMOVIBLE

| | |
|--|-----------------|
| Inicio una arcada; sup.o inf. (incluye primer aparato) | 221,95 |
| Inicio ambas arcadas (incluye primeros aparatos) | 443,33 |
| Tratamiento..... | 1.907,28 |

TRATAMIENTO MIXTO

- FUERZA ORTOPÉDICA CON APARATOLOGÍA FIJA

| | |
|--|-----------------|
| Inicio una arcada; sup.o inf. (incluye primer aparato) | 430,68 |
| Inicio ambas arcadas (incluye primeros aparatos) | 492,20 |
| Tratamiento..... | 2.756,55 |

- FUERZA ORTOPÉDICA CON APARATOLOGÍA REMOVIBLE

| | |
|---|-----------------|
| Inicio una arcada; sup. o inf. (incluye primer aparato) | 468,05 |
| Inicio ambas arcadas (incluye primeros aparatos) | 553,73 |
| Tratamiento..... | 2.756,55 |

IMPLANTOLOGÍA

| | |
|---|-------|
| Estudio implantológico | 64,00 |
| Mantenimiento implantológico para tratamientos en garantía Milenium | 56,00 |
| Mantenimiento implantológico fuera de garantía Milenium | 60,95 |

SANITAS DENTAL 21

Servicios 2013

Franquicias 2013/€

- CIRUGÍA IMPLANTOLÓGICA

| | |
|--|--------|
| Implante osteointegrado (unidad) | 784,88 |
| Elevación de seno maxilar cerrada | 74,18 |
| Elevación de seno maxilar abierta | 215,63 |
| Regeneración con biomateriales (hueso liofilizado, etc.) | 184,58 |
| Membrana (unidad) | 246,10 |

- CIRUGÍA GUIADA

| | |
|---|--------|
| Estudio cirugía implantológica guiada | 345,00 |
| Suplemento implante cirugía guiada (unidad) | 172,50 |
| Férula prequirúrgica de bario para scanner dental | 575,00 |
| Férula quirúrgica (para cirugía guiada) | 977,50 |

- PRÓTESIS SOBRE IMPLANTES

| | |
|--|----------|
| Corona metal-cerámica sobre implante | 270,83 |
| Corona metal noble-cerámica sobre implante | 332,35 |
| Corona o puente inyectada sobre implante | 393,88 |
| Corona o puente de zirconio sobre implante | 460,00 |
| Corona provisional para carga inmediata | 230,00 |
| Muñón de titanio (por pieza) | 215,63 |
| Muñón de zirconio sobre implante (por pieza) | 333,50 |
| Sobredentadura sobre implantes (por aparato) | 492,20 |
| Prótesis híbrida (por arcada) | 2.065,40 |
| Supra o mesoestructura (unidad) | 110,98 |
| Suplemento metal precioso | SPC |
| Aditamento protésico (piezas intermedias) | 215,63 |
| Aditamento protésico para carga inmediata | 215,63 |
| Locator (unidad) | 552,00 |
| Barra Microfresada (sobre 5 o menos implantes) | 2.587,50 |
| Barra Microfresada (sobre 6 o más implantes) | 2.932,50 |

DIAGNÓSTICO POR IMAGEN: RADIOLOGÍA/OTROS

| | |
|---|-----|
| Radiografía periapical /aleta /oclusal | inc |
| Serie radiográfica periodontal | inc |
| Radiografía lateral cráneo | inc |
| Ortopantomografía (panorámica) | inc |
| Cefalometría | inc |
| Fotografías o diapositivas | inc |
| Tomografía axial computerizada (scanner dental) | inc |

PATOLOGÍA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR

| | |
|--|--------|
| Montaje y estudio en articulador semiajustable | 49,45 |
| Revisiones, ajustes férula | 37,38 |
| Análisis oclusal | 9,00 |
| Tallado selectivo | 17,25 |
| Férula de neuromiorrelajación (tipo Michigan) | 264,50 |

inc: servicios incluidos en la cobertura del seguro, sin abono de franquicia. Según las condiciones particulares de la póliza, estos servicios pueden llevar asociado un copago. / **SPC:** según precio y cotización / **SPL:** según precio laboratorio

(1) En todos los tratamientos de Ortodoncia, el precio señalado se refiere a paciente y trabajo terminado. Dicho precio no incluye posteriores revisiones.

Las condiciones incluidas en la presente cobertura no serán de aplicación a aquellos asegurados que puedan acogerse a unas condiciones más favorables por la contratación de una cobertura adicional.

SANITAS DENTAL

Servicios 2013

Franquicias 2013/€

ODONTOLOGÍA PREVENTIVA

| | |
|---|-----|
| Consulta odontología general: exploración y diagnóstico | inc |
| Fluorizaciones tópicas | inc |
| Limpieza de boca / tartrectomía | inc |
| Tratamiento para la sensibilidad dental | inc |
| Sellador de fisuras | inc |

CIRUGÍAS

- EXTRACCIONES

| | |
|--|-----|
| Extracción simple | inc |
| Extracción de cordales no incluidos | inc |
| Extracción pieza incluida (también cordales incluidos) | inc |
| Extracción restos radiculares | inc |
| Odontosección | inc |
| Curas | inc |

- CIRUGÍA MENOR

| | |
|---|-------|
| Frenectomías (superior o inferior) | 48,50 |
| Extirpación épulis/pequeños quistes mucosos | inc |
| Drenaje abscesos gingivales/paradontales | inc |
| Apicectomías | inc |
| Quiste dentario | inc |

- CIRUGÍA PREPROTÉSICA

| | |
|---|--------|
| Vestibuloplastia (por cuadrante) | 112,50 |
| Regularización reborde alveolar (por cuadrante) | 112,50 |
| Extirpación de torus (por cuadrante) | 112,50 |

- CIRUGÍA ORTODÓNICA

| | |
|---|-----|
| Tratamiento quirúrgico-ortodónico (fenestración) (por diente) | inc |
|---|-----|

ODONTOLOGÍA CONSERVADORA

| | |
|--------------------------------|-------|
| Empaste / obturación | 36,00 |
| Reconstrucción | 46,00 |
| Recubrimiento pulpar directo | 14,50 |
| Recubrimiento pulpar indirecto | 9,50 |
| Obturación provisional | inc |

ENDODONCIA

| | |
|--|--------|
| Consulta tratamiento sintomatológico (apertura, instrumentación y drenaje) | 16,50 |
| Material retroobturador (MTA) | 75,00 |
| Poste de fibra de vidrio o carbono | 50,00 |
| Endodoncia unirradicular | 75,00 |
| Endodoncia birradicular | 102,00 |
| Endodoncia polirradicular | 139,50 |
| Reendodoncia unirradicular | 91,00 |

SANITAS DENTAL

Servicios 2013

Franquicias 2013/€

| | |
|-----------------------------|--------|
| Reendodoncia birradicular | 118,00 |
| Reendodoncia polirradicular | 155,50 |

ODONTOLOGÍA ESTÉTICA

- BLANQUEAMIENTOS

| | |
|--|--------|
| Blanqueamiento dental con férulas (por tratamiento) | 250,00 |
| Blanqueamiento interno diente no vital (por sesión) | 53,50 |
| Blanqueamiento dental por fotoactivación (láser, plasma, xenón)(por diente) | 48,50 |
| Blanqueamiento dental: tratamiento mixto fotoactivación más férula (una arcada por tratamiento) | 300,00 |
| Blanqueamiento dental: tratamiento mixto fotoactivación más férula (ambas arcadas por tratamiento) | 350,00 |
| Férula para blanqueamiento de fotoactivación (para tratamientos realizados en clínica) | inc |

- RECONSTRUCCIONES DENTARIAS

| | |
|---|--------|
| Reconstrucción frente estético de composite (por pieza) | 51,50 |
| Reparación intraoral de porcelana (por pieza) | 66,50 |
| Carilla de porcelana | 214,00 |
| Carilla inyectada | 235,50 |
| Carilla de zirconio | 267,50 |
| Corona inyectada | 342,50 |
| Corona de zirconio | 400,00 |

ODONTOPEDIATRÍA

| | |
|---|-------|
| Consulta | inc |
| Educación bucodental | inc |
| Radiografía intraoral (hasta 12 años) | inc |
| Fluorizaciones tópicas | inc |
| Sellador de fisuras | inc |
| Extracción dientes temporales | inc |
| Obturación en dientes temporales | 36,00 |
| Pulpotomía sin reconstrucción | 45,00 |
| Pulpectomía sin reconstrucción | 75,00 |
| Corona preformada metálica | 53,50 |
| Apicoformación (tratamiento completo) | 64,50 |
| Mantenedor de espacio fijo | 75,00 |
| Mantenedor de espacio removible | 90,00 |
| Retirar puente/corona/mantenedor de espacio (por pieza) | 11,50 |
| Guía de oclusión (por pieza) | 40,00 |
| Pantalla oral | 45,00 |

PRÓTESIS

| | |
|--|-------|
| Montaje y estudio en articulador semiajustable | 43,00 |
| Análisis oclusal | inc |
| Tallado selectivo | inc |
| Encerado diagnóstico (por pieza) | 25,00 |

SANITAS DENTAL

Servicios 2013

Franquicias 2013/€

- PRÓTESIS FIJA

| | |
|---|--------|
| Retirar puente/corona/mantenedor de espacio (por pieza) | 11,50 |
| Recementado | inc |
| Incrustación metal | 52,00 |
| Incrustación composite | 75,00 |
| Incrustación porcelana | 128,50 |
| Corona de resina provisional | 22,00 |
| Corona o puente metal-porcelana | 193,00 |
| Corona o puente metal noble-porcelana | 246,50 |
| Corona o puente porcelana | 150,00 |
| Corona o puente inyectada | 342,50 |
| Corona o puente de zirconio | 400,00 |
| Corona o puente de fibra de vidrio | 250,00 |
| Muñón colado unirradicular | 80,50 |
| Muñón colado multirradicular | 96,50 |
| Muñón de zirconio | 180,00 |
| Apoyo Maryland (unidad) | 64,50 |
| Attaches | 128,50 |

- PRÓTESIS REMOVIBLE

| | |
|---|--------|
| Removible acrílico (de 1 a 3 piezas) | 182,00 |
| Removible acrílico (de 4 a 6 piezas) | 235,50 |
| Removible acrílico (más de 6 piezas) | 273,00 |
| Suplemento resina hipoalérgica (por arcada) | 39,00 |
| Compostura (SPL) | 30,00 |
| Compostura (rebase) (por aparato) | 60,00 |
| Compostura (añadido de retenedor) | 41,00 |
| Compostura (refuerzo metálico) | 25,00 |
| Compostura (añadir pieza a removible acrílico) | 36,00 |
| Completa (una arcada, superior o inferior) | 280,00 |
| Esqueléticos (por pieza) | 43,00 |
| Esqueléticos (estructura base) | 187,50 |
| Removible flexible (de 1 a 3 piezas) (Flexite, Valplast, otros) | 374,50 |
| Removible flexible (de 4 a 6 piezas) (Flexite, Valplast, otros) | 396,00 |
| Removible flexible (más de 6 piezas) (Flexite, Valplast, otros) | 428,00 |
| Hombro o cuello cerámico (por pieza) | 30,00 |

PERIODONCIA

- TRATAMIENTOS NO QUIRÚRGICOS

| | |
|--|-------|
| Valoración periodontal (periodontograma) (por arcada) | inc |
| Mantenimiento periodontal | 30,00 |
| Serie radiográfica periodontal | inc |
| Curetaje (raspado y alisado radicular) (por cuadrante) | 48,75 |
| Ferulización periodontal (por pieza) | 37,50 |
| Curetaje (raspado y alisado) (por pieza) | 9,00 |

SANITAS DENTAL

Servicios 2013

Franquicias 2013/€

- TRATAMIENTOS QUIRÚRGICOS

| | |
|--|--------|
| Gingivectomía (por cuadrante) | inc |
| Cirugía a colgajo (por cuadrante) | 96,75 |
| Regeneración con biomateriales (hueso liofilizado, etc.) | 160,50 |
| Membrana (unidad) | 214,00 |
| Alargamiento coronario | 130,00 |
| Colgajo reposición apical (por cuadrante) | 198,00 |
| Injerto libre de encía | 130,00 |

ORTODONCIA⁽¹⁾

- TRATAMIENTOS COMPLEMENTARIOS

| | |
|---|--------|
| Estudio y diagnóstico para ortodoncia | 64,50 |
| Consulta | inc |
| Estudio radiológico para ortodoncia | inc |
| Extracción dientes temporales | inc |
| Extracción simple | inc |
| Aparato de retención (finalización de tratamiento) (por arcada) | 128,50 |
| Revisiones (en periodos de latencia o descanso) | inc |
| Renovación aparato móvil, cambio o pérdida | 120,00 |
| Compostura de aparatos (por rotura de aparatos) | 32,50 |
| Microtornillos ortodóncicos | 150,00 |
| 1ª reposición brackets metálicos | inc |
| 2ª reposición brackets metálicos (unidad) | 2,00 |
| 1ª reposición brackets cerámicos | inc |
| 2ª reposición brackets cerámicos (unidad) | 5,00 |
| 1ª reposición brackets autoligables | inc |
| 2ª reposición brackets autoligables (unidad) | 8,00 |
| 1ª reposición brackets zafiro | inc |
| 2ª reposición brackets zafiro (unidad) | 10,00 |
| Caja ortodoncia | inc |
| Protector bucal para ortodoncia | inc |

TRATAMIENTO CON APARATOLOGÍA FIJA

- CON BRACKETS METÁLICOS

| | |
|---|-----------------|
| Inicio una arcada; sup. o inf. (incluye primer aparato) | 231,50 |
| Inicio ambas arcadas (incluye primeros aparatos) | 385,50 |
| Tratamiento..... | 2.172,50 |

- CON BRACKETS CERÁMICOS

| | |
|---|-----------------|
| Inicio una arcada; sup. o inf. (incluye primer aparato) | 445,50 |
| Inicio ambas arcadas (incluye primeros aparatos) | 642,00 |
| Tratamiento una arcada..... | 2.386,50 |
| Tratamiento ambas arcadas..... | 2600,50 |

SANITAS DENTAL

Servicios 2013

Franquicias 2013/€

- CON BRACKETS DE ZAFIRO

| | |
|---|----------|
| Inicio una arcada; sup. o inf. (incluye primer aparato) | 795,50 |
| Inicio ambas arcadas (incluye primeros aparatos) | 1.242,50 |
| Tratamiento una arcada | 2.736,50 |
| Tratamiento ambas arcadas | 3.200,50 |

- CON TÉCNICA DE BRACKETS AUTOLIGABLES

| | |
|---|---------|
| Inicio una arcada; sup. o inf. (incluye primer aparato) | 499,00 |
| Inicio ambas arcadas (incluye primeros aparatos) | 695,50 |
| Tratamiento una arcada | 2440,00 |
| Tratamiento ambas arcadas | 2707,50 |

- CON TÉCNICA DE BRACKETS AUTOLIGABLES ESTÉTICOS

| | |
|--|----------|
| Inicio una arcada; sup.o inf. (incluye primer aparato) | 699,00 |
| Inicio ambas arcadas (incluye primeros aparatos) | 895,50 |
| Tratamiento una arcada | 2.640,00 |
| Tratamiento ambas arcadas | 2.907,50 |

- CON TÉCNICA INVISIBLE

| | |
|---|----------|
| Inicio tratamiento menos de 12 meses | 3.210,00 |
| Inicio tratamiento a partir de 12 meses | 4.280,00 |

TRATAMIENTO INTERCEPTIVO

- CON APARATOLOGÍA FIJA

| | |
|---|----------|
| Inicio una arcada; sup.o inf. (incluye primer aparato - quad helix) | 160,50 |
| Inicio ambas arcadas (incluye primeros aparatos) | 321,00 |
| Tratamiento | 1.658,50 |

- CON APARATOLOGÍA REMOVIBLE

| | |
|--|----------|
| Inicio una arcada; sup.o inf. (incluye primer aparato) | 193,00 |
| Inicio ambas arcadas (incluye primeros aparatos) | 385,50 |
| Tratamiento | 1.658,50 |

TRATAMIENTO MIXTO

- FUERZA ORTOPÉDICA CON APARATOLOGÍA FIJA

| | |
|--|----------|
| Inicio una arcada; sup.o inf. (incluye primer aparato) | 374,50 |
| Inicio ambas arcadas (incluye primeros aparatos) | 428,00 |
| Tratamiento | 2.397,00 |

- FUERZA ORTOPÉDICA CON APARATOLOGÍA REMOVIBLE

| | |
|---|----------|
| Inicio una arcada; sup. o inf. (incluye primer aparato) | 407,00 |
| Inicio ambas arcadas (incluye primeros aparatos) | 481,50 |
| Tratamiento | 2.397,00 |

IMPLANTOLOGÍA

| | |
|---|-------|
| Estudio implantológico | inc |
| Mantenimiento implantológico para tratamientos en garantía Milenium | inc |
| Mantenimiento implantológico fuera de garantía Milenium | 53,00 |

SANITAS DENTAL

Servicios 2013

Franquicias 2013/€

- CIRUGÍA IMPLANTOLÓGICA

| | |
|--|--------|
| Implante osteointegrado (unidad) | 682,50 |
| Elevación de seno maxilar cerrada | 64,50 |
| Elevación de seno maxilar abierta | 187,50 |
| Regeneración con biomateriales (hueso liofilizado, etc.) | 160,50 |
| Membrana (unidad) | 214,00 |

- CIRUGÍA GUIADA

| | |
|---|--------|
| Estudio cirugía implantológica guiada | 300,00 |
| Suplemento implante cirugía guiada (unidad) | 150,00 |
| Férula prequirúrgica de bario para scanner dental | 500,00 |
| Férula quirúrgica (para cirugía guiada) | 850,00 |

- PRÓTESIS SOBRE IMPLANTES

| | |
|--|----------|
| Corona metal-cerámica sobre implante | 235,50 |
| Corona metal noble-cerámica sobre implante | 289,00 |
| Corona o puente inyectada sobre implante | 342,50 |
| Corona o puente de zirconio sobre implante | 400,00 |
| Corona provisional para carga inmediata | 200,00 |
| Muñón de titanio (por pieza) | 187,50 |
| Muñón de zirconio sobre implante (por pieza) | 290,00 |
| Sobredentadura sobre implantes (por aparato) | 428,00 |
| Prótesis híbrida (por arcada) | 1.796,00 |
| Supra o mesoestructura (unidad) | 96,50 |
| Suplemento metal precioso | SPC |
| Aditamento protésico (piezas intermedias) | 187,50 |
| Aditamento protésico para carga inmediata | 187,50 |
| Locator (por unidad) | 480,00 |
| Barra Microfresada (sobre 5 o menos implantes) | 2.250,00 |
| Barra Microfresada (sobre 6 o más implantes) | 2.550,00 |

DIAGNÓSTICO POR IMAGEN: RADIOLOGÍA/OTROS

| | |
|---|-----|
| Radiografía periapical /aleta /oclusal | inc |
| Serie radiográfica periodontal | inc |
| Radiografía lateral cráneo | inc |
| Ortopantomografía (panorámica) | inc |
| Cefalometría | inc |
| Fotografías o diapositivas | inc |
| Tomografía axial computerizada (scanner dental) | inc |

PATOLOGÍA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR

| | |
|--|--------|
| Montaje y estudio en articulador semiajustable | 43,00 |
| Revisiones, ajustes férula | 32,50 |
| Análisis oclusal | inc |
| Tallado selectivo | inc |
| Férula de neuromiorrelajación (tipo Michigan) | 230,00 |

inc: servicios incluidos en la cobertura del seguro, sin abono de franquicia. Según las condiciones particulares de la póliza, estos servicios pueden llevar asociado un copago. / **SPC:** según precio y cotización / **SPL:** según precio laboratorio

(1) En todos los tratamientos de Ortodoncia, el precio señalado se refiere a paciente y trabajo terminado. Dicho precio no incluye posteriores revisiones.

**GARANTÍAS
COMPLEMENTARIAS DE
SU PÓLIZA**



Sanitas Dental

1. Servicios incluidos en su póliza

La cobertura Sanitas Dental únicamente resultará de aplicación a aquéllos asegurados de la presente póliza que la hayan contratado y así conste expresamente indicado en sus Condiciones Particulares.

En este tipo de servicios el Asegurado no tiene que abonar al odontólogo cantidad alguna.

La asistencia de los servicios cubiertos se prestará exclusivamente por los facultativos que aparecen en la lista de odontólogos del cuadro facultativo correspondiente a esta póliza.

Dicha asistencia se llevará a cabo exclusivamente en la consulta del odontólogo, quedando excluida expresamente la asistencia fuera de la misma.

Son objeto de cobertura los servicios y actos que se indican a continuación:

Odontología general y preventiva

- Consulta odontología general: exploración y diagnóstico
- Fluoraciones tópicas
- Limpieza de boca / tartrectomía
- Tratamiento para la sensibilidad dental
- Sellador de fisuras

Cirugías

Extracciones

- Extracción simple
- Extracción de Cordales no incluidos
- Extracción piezas incluidas (también cordales incluidos)
- Extracción Restos Radiculares
- Odontosección
- Curas

Cirugía menor

- Extirpación épuli/pequeños quistes mucosos
- Drenaje abscesos gingivales/paradontales
- Apicectomías

- Quiste Dentario

Cirugía Ortodóncica

- Tratamiento quirúrgico-ortodóncico (fenestración) (por diente)

Odontología conservadora

- Obturación provisional

Odontología estética

Blanqueamientos

- Férula para blanqueamiento de fotoactivación (para tratamientos realizados en clínica)

Odontopediatría

- Consulta
- Educación bucodental
- Radiografía intraoral (hasta 12 años)
- Fluorizaciones tópicas
- Sellador de fisuras
- Extracción dientes temporales

Prótesis

- Análisis oclusal
 - Tallado selectivo
- #### *Prótesis fija*
- Recementado

Periodoncia

Tratamientos no quirúrgicos

- Valoración periodontal (periodontograma) (por arcada)
 - Serie radiográfica periodontal
- #### *Tratamientos quirúrgicos*
- Gingivectomía (por cuadrante)

Ortodoncia

Tratamientos Complementarios

- Consulta
- Estudio radiológico para ortodoncia
- Extracción dientes temporales
- Extracción simple
- Revisiones (en periodos de latencia o descanso)

- 1ª reposición brackets metálicos
- 1ª reposición brackets cerámicos
- 1ª reposición brackets autoligables
- 1ª reposición brackets zafiro
- Caja ortodoncia
- Protector bucal para ortodoncia

Implantología

- Estudio implantológico
- Mantenimiento implantológico para tratamientos en garantía Milenium

Diagnóstico por imagen: Radiología / Otros

- Radiografía periapical / aleta / oclusal
- Serie radiográfica periodontal
- Radiografía lateral de cráneo
- Ortopantomografía (panorámica)
- Cefalometría
- Fotografías o diapositivas
- Tomografía axial computerizada (scanner dental)

Patología articulación temporomandibular

- Análisis oclusal
- Tallado selectivo

Urgencias

En caso de urgencia, el asegurado deberá acudir a los centros de urgencia permanentes que indique la Guía Práctica.

2. Servicios con franquicia a cargo del Asegurado:

- a) Será necesaria la aceptación por parte del Asegurador de la prescripción y la franquicia correspondiente facilitados por el odontólogo, abonando el Asegurado al odontólogo directamente dicha franquicia correspondiente al costo del servicio que solicita.
- b) El Asegurado asumirá el coste de los servicios que correspondan de conformidad con el baremo de franquicias vigente en el momento de la prestación.

c) En el caso de que se produjera alguna modificación en el importe de las franquicias a cargo del Asegurado, Sanitas comunicará las nuevas franquicias al mismo con dos meses de antelación a la fecha de su entrada en vigor, suponiendo el pago de la prima la aceptación de dichos cambios.

d) Las franquicias de estos servicios vienen indicadas en las Condiciones Particulares de la póliza, siendo dichas franquicias a cargo del Asegurado. Estos servicios son:

Cirugías

Cirugía menor

- Frenectomías (superior o inferior)

Cirugía Preprotésica

- Vestibuloplastia (por cuadrante)
- Regularización reborde alveolar (por cuadrante)
- Extirpación de torus (por cuadrante)

Odontología conservadora

- Empaste / obturación
- Reconstrucción
- Recubrimiento pulpar directo
- Recubrimiento pulpar indirecto

Endodoncia

- Consulta tratamiento sintomatológico (apertura, instrumentación y drenaje)
- Material retroobturador (MTA)
- Poste de fibra de vidrio o carbono
- Endodoncia unirradicular
- Endodoncia birradicular
- Endodoncia polirradicular
- Reendodoncia unirradicular
- Reendodoncia birradicular
- Reendodoncia polirradicular

Odontología Estética

Blanqueamientos

- Blanqueamiento dental con férulas (por tratamiento)
- Blanqueamiento interno diente no vital (por sesión)
- Blanqueamiento dental por fotoactivación (láser, plasma, xenón) (por diente)

- Blanqueamiento dental: tratamiento mixto fotoactivación más férula (una arcada por tratamiento)
- Blanqueamiento dental: tratamiento mixto fotoactivación más férula (ambas arcadas por tratamiento)

Reconstrucciones dentarias

- Reconstrucción frente estético de composite (por pieza)
- Reparación intraoral de porcelana (por pieza)
- Carilla de porcelana
- Carilla inyectada
- Carilla de zirconio
- Corona inyectada
- Corona de zirconio

Odontopediatría

- Obturación en dientes temporales
- Pulpotomía sin reconstrucción
- Pulpectomía sin reconstrucción
- Corona preformada metálica
- Apicoformación (tratamiento completo)
- Mantenedor de espacio fijo
- Mantenedor de espacio removable
- Retirar puente / corona / mantenedor de espacio (por pieza)
- Guía de oclusión (por pieza)
- Pantalla oral

Prótesis

- Montaje y estudio en articulador semiajustable
- Encerado diagnóstico (por pieza)

Prótesis fija

- Retirar puente/corona/mantenedor de espacio (por pieza)
- Incrustación metal
- Incrustación composite
- Incrustación porcelana
- Corona de resina provisional
- Corona o puente metal-porcelana
- Corona o puente metal noble-porcelana
- Corona o puente porcelana
- Corona o puente inyectada
- Corona o puente de zirconio
- Corona o puente de fibra de vidrio
- Muñón colado unirradicular
- Muñón colado multirradicular
- Muñón de zirconio
- Apoyo Maryland (unidad)
- Attaches

Prótesis removable

- Removable acrílico (de 1 a 3 piezas)
- Removable acrílico (de 4 a 6 piezas)
- Removable acrílico (más de 6 piezas)
- Suplemento resina hipoalérgica (por arcada)
- Compostura
- Compostura (rebase) (por aparato)
- Compostura (añadido de retenedor)
- Compostura (refuerzo metálico)
- Compostura (añadir pieza a removable acrílico)
- Completa (una arcada, superior o inferior)
- Esqueléticos (por pieza)
- Esqueléticos (estructura base)
- Removable flexible (de 1 a 3 piezas) (Flexite, Valplast, otros)
- Removable flexible (de 4 a 6 piezas) (Flexite, Valplast, otros)
- Removable flexible (más de 6 piezas) (Flexite, Valplast, otros)
- Hombro o cuello cerámico (por pieza)

Periodoncia

Tratamientos no quirúrgicos

- Mantenimiento periodontal
- Curetaje (raspado y alisado radicular) (por cuadrante)
- Ferulización periodontal (por pieza)
- Curetaje (raspado y alisado) (por pieza)

Tratamientos quirúrgicos

- Cirugía a colgajo (por cuadrante)
- Regeneración con biomateriales (hueso liofilizado, etc.)
- Membrana (unidad)
- Alargamiento coronario
- Colgajo reposición apical (por cuadrante)
- Injerto libre de encía

Ortodoncia

Tratamientos complementarios

- Estudio y diagnóstico para ortodoncia
- Aparato de retención (finalización de tratamiento) (por arcada)
- Renovación aparato móvil, cambio o pérdida
- Compostura de aparatos (por rotura de aparatos)
- Microtornillos ortodóncicos
- 2ª reposición brackets metálicos (unidad)
- 2ª reposición brackets cerámicos (unidad)
- 2ª reposición brackets autoligables (unidad)

- 2ª reposición brackets zafiro (unidad)

Tratamiento con aparatología fija con brackets metálicos

- Inicio una arcada; Sup o inf. (incluye primer aparato)
- Inicio ambas arcadas. (incluye primeros aparatos)

Tratamiento con aparatología fija con brackets cerámicos

- Inicio una arcada; Sup o inf. (incluye primer aparato)
- Inicio ambas arcadas. (incluye primeros aparatos)

Tratamiento con aparatología fija con brackets de zafiro

- Inicio una arcada; Sup o inf. (incluye primer aparato)
- Inicio ambas arcadas. (incluye primeros aparatos)

Tratamiento con aparatología fija con brackets autoligables

- Inicio una arcada; sup.o inf. (incluye primer aparato)
- Inicio ambas arcadas (incluye primeros aparatos)

Tratamiento con aparatología fija con brackets autoligables estéticos

- Inicio una arcada; sup.o inf. (incluye primer aparato)
- Inicio ambas arcadas (incluye primeros aparatos)

Tratamiento con aparatología fija con técnica invisible

- Inicio tratamiento menos de 12 meses
- Inicio tratamiento a partir de 12 meses

Tratamiento interceptivo con aparatología fija

- Inicio una arcada; sup.o inf. (incluye primer aparato - quad helix)

- Inicio ambas arcadas (incluye primeros aparatos)

Tratamiento interceptivo con aparatología removable

- Inicio una arcada; sup.o inf. (incluye primer aparato)
- Inicio ambas arcadas (incluye primeros aparatos)

Tratamiento mixto: fuerza ortopédica con aparatología fija

- Inicio una arcada; sup.o inf. (incluye primer aparato)
- Inicio ambas arcadas (incluye primeros aparatos)

Tratamiento mixto: fuerza ortopédica con aparatología removable

- Inicio una arcada; sup.o inf. (incluye primer aparato)
- Inicio ambas arcadas (incluye primeros aparatos)

Implantología

- Mantenimiento implantológico fuera de garantía Milenium

Cirugía Implantológica

- Implante osteointegrado (unidad)
- Elevación de seno maxilar cerrada
- Elevación de seno maxilar abierta
- Regeneración con biomateriales (hueso liofilizado, etc.)
- Membrana (unidad)

Cirugía guiada

- Estudio cirugía implantológica guiada
- Suplemento implante cirugía guiada (unidad)
- Férula prequirúrgica de bario para scanner dental
- Férula quirúrgica (para cirugía guiada)

Prótesis sobre implantes

- Corona metal-cerámica sobre implante
- Corona metal noble-cerámica sobre implante
- Corona o puente inyectada sobre implante
- Corona o puente de zirconio sobre implante
- Corona provisional para carga inmediata
- Muñón de titanio (por pieza)
- Muñón de zirconio sobre implante (por pieza)

- Sobredentadura sobre implantes (por aparato)
- Prótesis híbrida (por arcada)
- Supra o mesoestructura (unidad)
- Suplemento metal precioso
- Aditamento protésico (piezas intermedias)
- Aditamento protésico de carga inmediata
- Locator (por unidad)
- Barra Microfresada (sobre 5 o menos implantes)
- Barra Microfresada (sobre 6 o más implantes)

Patología articulación temporomandibular

- Montaje y estudio en articulador semiajustable
- Revisiones, ajustes férula
- Férula de neuromiorrelajación (tipo Michigan)

Las garantías complementarias indicadas a continuación únicamente serán prestadas a aquellos asegurados de la presente póliza que las contraten específicamente y siempre que así conste reflejado en la documentación de la póliza que se envíe a cada asegurado y donde constan las garantías complementarias suscritas en su caso por cada uno de ellos.

• **COBERTURA DE ACCIDENTES DE TRÁFICO Y LABORALES**

Sanitas cubrirá, en los términos y condiciones establecidos en la presente póliza, la asistencia sanitaria que precisen los asegurados de la misma, como consecuencia de accidentes de tráfico, accidentes de trabajo o enfermedad profesional, considerando como tales las así reconocidas por las Autoridades Administrativas competentes.

Queda excluida la asistencia sanitaria que exija el tratamiento por enfermedades, lesiones, malformaciones o defectos derivados de competiciones deportivas.

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

• **GARANTÍA COMPLEMENTARIA EN ESTADOS UNIDOS**

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

La cobertura en Estados Unidos alcanza el cien por cien de los gastos médicos hasta los límites

de capital asegurado por asegurado y anualidad indicados a continuación:

- Límite total en Estados Unidos: 30.000€.
- Asistencia hospitalaria hasta 24.000€ con el sublímite parto hasta 1.500€.
- Asistencia extrahospitalaria hasta 6.000€.

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

1. PLAZOS DE CARENANCIA

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

- **Intervenciones quirúrgicas ambulatorias:** tres meses.
- **Pruebas diagnósticas de alta tecnología:** seis meses.
- Los siguientes **Métodos terapéuticos Complejos:** cardiología intervencionista/hemodinamia; radiología intervencionista; radioterapia y quimioterapia; y litotricia: seis meses.
- **Vasectomía y ligadura de trompas:** ocho meses.
- **Psicología:** seis meses.
- **Hospitalización e intervenciones quirúrgicas** no ambulatorias o en régimen de hospitalización, incluida la asistencia al parto: ocho meses.

• **GARANTÍA COMPLEMENTARIA DE FARMACIA**

Comprende el reembolso del importe de aquellos medicamentos cuya comercialización se encuentre autorizada por el organismo público competente en la materia, y siempre que sean necesarios para el tratamiento de

patologías sufridas por el asegurado y que sean objeto de cobertura por esta póliza.

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

1. PLAZOS DE CARENANCIA

- 120 días para la solicitud del reembolso de los medicamentos anteriormente descritos.

- **GARANTÍA COMPLEMENTARIA DE REEMBOLSO DE CONSULTAS DE PEDIATRÍA, GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

En el caso de que el Asegurado contrate esta cobertura específica, la Entidad Aseguradora asume, en los términos establecidos en el correspondiente suplemento a la presente póliza, el reembolso del 60% de los gastos, razonables y usuales, realmente incurridos por el Asegurado derivados de aquellas consultas médicas, exclusivamente en las especialidades de Pediatría y de Ginecología y Obstetricia, a las que éste acuda, como consecuencia de una enfermedad o accidente cubiertos por la póliza. Para esta modalidad de reembolso de gastos, los límites de capital asegurado tanto por consulta y como por asegurado y anualidad serán los establecidos en las Condiciones Particulares de esta póliza. Para la tramitación de los reembolsos el Tomador del Seguro o en su caso el Asegurado, deberá presentar a la Entidad Aseguradora el impreso de solicitud de reembolso debidamente cumplimentado, justificante o factura original de los gastos realmente incurridos por el Asegurado, en el que se indique la persona a la que se le ha realizado la asistencia y la identificación completa de la persona física o jurídica que ha prestado la asistencia, y justificación o acreditación original del pago de las facturas por parte del Asegurado.

1. DURACIÓN DEL SEGURO

Para la especialidad de Pediatría, los asegurados en esta garantía complementaria causaran baja en la misma al vencimiento de la anualidad en la que cumplan 15 años de edad.

- **GARANTÍA COMPLEMENTARIA DE RENTA**

1. OBJETO DE LA GARANTÍA RENTA

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

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

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

Para los casos en que el Asegurado padeciera varias enfermedades al mismo tiempo, o sobreviniera una nueva enfermedad la indemnización diaria a satisfacer por parte de la Entidad Aseguradora será la consignada en las correspondientes Condiciones Particulares. En este último supuesto, la Entidad Aseguradora deberá ser informada por escrito de esta circunstancia. Si esta nueva enfermedad no tuviera relación con el proceso previo, empezará a contar un nuevo plazo desde la fecha en que haya tenido lugar el comienzo de la nueva enfermedad.

2. RIESGOS EXCLUIDOS

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

2.1. La prestación directa por parte de la Entidad Aseguradora de los servicios médicos, hospitalarios y quirúrgicos.

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

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

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

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

2.3. Todas las 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.

2.4. Enfermedades, accidentes, lesiones, malformaciones o defectos que guarden relación directa o indirecta con radiación nuclear o contaminación radiactiva, así como los que provengan de cataclismos como terremotos, inundaciones, erupciones volcánicas y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos.

2.5. Las enfermedades, lesiones, malformaciones o defectos derivados de accidentes laborales, profesionales y en competiciones deportivas, la derivada de la utilización de vehículos a motor cubierta por el Seguro del Automóvil de Suscripción Obligatoria.

2.6. Las enfermedades o lesiones derivadas del 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.

2.7. Las enfermedades o lesiones derivadas de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, SIDA y las enfermedades relacionadas con éste.

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

2.9. Enfermedades o procesos de carácter crónico.

2.10. Todos aquellos procedimientos diagnósticos, quirúrgicos o terapéuticos cuya seguridad y eficacia clínicas no estén debidamente contrastadas científicamente o que sean de nueva aparición, no incluidos en expresamente en la presente póliza. Aquellos procedimientos no universalizados ni consolidados en la práctica clínica habitual y los que hayan quedado manifiestamente superados por otros disponibles. Igualmente, quedan excluidos aquellos procedimientos, de carácter experimental o que no tengan suficientemente probada su contribución eficaz a la prevención, tratamiento o curación de las enfermedades.

2.11. La indemnización por servicios o técnicas que consisten en meras actividades de ocio, descanso, confort o deporte, así mismo los tratamientos en balnearios y curas de reposo.

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

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

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

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

2.16. Exámenes médicos generales de carácter preventivo.

2.17. 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.

3. PLAZOS DE CARENANCIA

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

- 240 días para la renta por enfermedad que requiera intervención quirúrgica.
- 240 días para la renta por hospitalizaciones sin intervención.
- 240 días para la renta por la garantía de parto.

4. LIMITACIONES POR PATOLOGÍA

La indemnización máxima para los siguientes casos será:

- Enfermedades mentales o nerviosas: se abonará al Asegurado la indemnización correspondiente a los días que permanezca ingresado, **con un máximo de 20 días por Asegurado y año.**
- Dolencias de columna vertebral: se abonará al Asegurado la indemnización correspondiente a los días que permanezca ingresado, **con un máximo de 30 días por Asegurado y año.**
- Indemnización por parto o cesárea: el Asegurado tendrá derecho a la indemnización con un **máximo de 6 días por Asegurado y año**, si tuviera que permanecer ingresado en hospital o sanatorio.

5. SUPUESTOS ESPECIALES

- Estancia en U.V.I. o U.C.I.: En caso de que el Asegurado precise ser ingresado en U.V.I. o U.C.I., percibirá el doble de la suma diaria asegurada contratada para la presente garantía mientras permanezca en estas unidades.
- Ingreso del Asegurado en otra provincia: Por ingreso del Asegurado en un centro hospitalario situado en una provincia distinta a la de su domicilio habitual del asegurado consignado en la póliza, percibirá el cincuenta por ciento (50%) más de la suma diaria asegurada contratada mientras permanezca ingresado en dicho centro.
- Siempre que se produzca un ingreso hospitalario, **sin que Sanitas asuma bajo la cobertura asegurada por la póliza de Asistencia Sanitaria los gastos derivados de dicha estancia** el asegurado percibirá el doble de la suma diaria asegurada contratada expresamente indicada en las condiciones particulares para esta cobertura.

6. TRAMITACIÓN EN CASO DE SINIESTRO

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

6.1. El Asegurado o cualquier persona en su nombre deberá comunicar el ingreso hospitalario, intervención quirúrgica y en general cualquier prestación médica asegurada dentro del plazo máximo de siete (7) días de haberlo conocido, salvo que se haya fijado un plazo más amplio.

En el caso de intervención quirúrgica o internamiento hospitalario programado, deberá de comunicar dicha circunstancia a la aseguradora desde el momento en el que tenga conocimiento de la fecha en la que dicha intervención quirúrgica o internamiento hospitalario vaya a producirse y en todo caso dentro del plazo máximo de siete (7) días de haberlo conocido.

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

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

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

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

A falta del mencionado impreso, el aviso de siniestro podrá facilitarse a la Entidad

Aseguradora mediante escrito en el que consten los datos anteriormente especificados.

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

6.3.3. Informe de alta hospitalaria donde figuren la fecha de ingreso y la fecha de alta hospitalaria, así como la información sobre el proceso de la enfermedad y su evolución.

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

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

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

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

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

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

La Entidad Aseguradora efectuará dentro de los 40 días, a partir de la recepción de la declaración del siniestro, el pago del importe mínimo de los que la Entidad Aseguradora pueda deber según las circunstancias por él conocidas (artículo 18 de la Ley de Contrato de Seguro).

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

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

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

7. FORMA DE PAGO DE LOS SINIESTROS

anticipación mínima de 15 días a la fecha en que la rescisión haya de surtir efecto.

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

8. DURACIÓN DE LA PRESENTE GARANTÍA

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

8.2. Tan sólo podrán incluirse en concepto de Asegurados en la presente garantía quienes a la fecha de inclusión, tengan una edad comprendida entre los 0 y los 64 años.

Ámbito geográfico

Las garantías de la presente garantía surtirán efecto en TODO EL MUNDO, siempre que el Asegurado tenga su residencia habitual fijada en España, no obstante lo cual, las indemnizaciones serán hechas efectivas en España, y en euros. Se exceptúan los accidentes o enfermedades contraídas en países y/o regiones inexploradas.

9. CONTROVERSIAS

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

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

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

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

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

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

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

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

• **GARANTÍA COMPLEMENTARIA DE INCAPACIDAD TEMPORAL**

EL TOMADOR DEL PRESENTE SEGURO ES:

SANITAS, S.A. DE SEGUROS con domicilio social en 28042 MADRID, Ribera del Loira, 52, con CIF A-28037042.

LA ENTIDAD ASEGURADORA ES:

LA PREVISIÓN MALLORQUINA DE SEGUROS, S.A., con domicilio social en 08036 BARCELONA, Aribau, 168-170, entresuelo 1º, con CIF A08169013.

ASEGURADOS Y BENEFICIARIOS:

Los tomadores personas físicas que, figurando en la relación de Asegurados en la presente póliza colectiva, sean titulares de las pólizas de seguro comercialmente denominadas como Sanitas Profesionales, siempre que su edad se encuentre comprendida entre los 16 y 64 años en el momento de contratar como tal tomador la póliza Sanitas Profesionales, debiendo encontrarse de alta en la Seguridad Social, Mutualidad o institución análoga que la legislación determine.

En todo caso el asegurado causará baja a la fecha de vencimiento de la anualidad del seguro en la que haya cumplido 70 años.

SUMA ASEGURADA:

Las indicadas en las condiciones particulares de esta póliza.

RIESGOS CUBIERTOS

El Asegurador queda obligado a garantizar el devengo del subsidio diario consignado en Condiciones Particulares de esta póliza por un plazo del 7º al 365º día como máximo, de acuerdo con lo regulado en la presente garantía complementaria, cuando el Asegurado se vea afectado por una alteración de su estado de salud imputable EXCLUSIVAMENTE a una enfermedad (no accidente, riesgo no objeto de cobertura) que no esté excluida en esta garantía complementaria, y que lleve consigo la interrupción TOTAL de su actividad laboral o profesional de forma temporal.

La definición y alcance del siniestro a los efectos del presente contrato es ajena y no sigue los mismos criterios de definición y calificación que el sistema público y, por lo tanto, la calificación de éste se define y determina exclusivamente por el contenido del presente contrato de seguro.

REGLAS APLICABLES PARA EL DEVENGO DEL SUBSIDIO DIARIO

a) En todas las enfermedades o accidentes el Asegurado deberá recibir asistencia médica facultativa y seguir de forma continuada el tratamiento médico necesario para la curación del proceso.

b) La enfermedad debe impedir temporalmente al Asegurado, de manera clínicamente explicable, el ejercicio de la actividad laboral o profesional de forma TOTAL. Cesará el derecho al devengo del subsidio en el momento en que el Asegurado pueda reanudar sus actividades profesionales o laborales habituales, INCLUSO DE FORMA PARCIAL, aun cuando no haya alcanzado su total curación.

Asimismo, cesará el devengo de los subsidios diarios desde el momento en que se pueda diagnosticar médicamente que la enfermedad que ha motivado el siniestro padecido por el Asegurado, se ha transformado en una invalidez permanente para el ejercicio de su actividad laboral o profesional consignada en la póliza.

c) La suma de los días en los que se hubieran devengado los subsidios diarios por enfermedades

del Asegurado que, por cualquier causa afecten y/o sean originadas por un mismo proceso, no podrá ser superior al plazo máximo de 361 días, una vez deducida la franquicia de 7 días contratada.

En el supuesto que el Asegurado no hubiera agotado el período máximo de cobertura, de un modo consecutivo o en distintos períodos con intervalos de salud, y se iniciara un nuevo siniestro por el mismo proceso o causas relacionadas, se considerará a todos los efectos prolongación del anterior. En estos casos, la suma de todos los períodos consumidos no podrá superar el plazo máximo de cobertura. No será de aplicación lo anterior si hubieran transcurrido 12 meses entre la fecha de alta del último siniestro y la fecha de baja del consecutivo.

d) El subsidio diario a satisfacer por el Asegurado será de la cuantía señalada en el certificado de seguro, aun en el caso de que el Asegurado padeciera varias enfermedades al mismo tiempo, o sobreviniera una nueva enfermedad consecuencia del curso clínico de la o las inicialmente declaradas. En este último supuesto, el Tomador, Asegurado o Beneficiario están obligados a cursar al Asegurador un informe médico dando cuenta de dicha circunstancia. Si la nueva enfermedad sobreviniera tuviera como causa un proceso distinto al o a los declarados anteriormente, empezará a contar un nuevo plazo desde la fecha en que haya tenido lugar el comienzo de la última enfermedad o accidente.

PERIODOS DE CARENIA

Las garantías contratadas tienen una carencia de 8 meses sin perjuicio del periodo de carencia establecido más adelante en caso de embarazo.

SUPUESTOS ESPECIALES CON PERÍODOS DE COBERTURA LIMITADOS SOBRE EL PLAZO MÁXIMO DESCRITO EN EL EPÍGRAFE "RIESGOS CUBIERTOS"

a) Cuando la causa o causas primarias de la enfermedad padecida por la Asegurada sean el embarazo, el plazo máximo de cobertura que

garantiza el Asegurador queda LIMITADO a 45 días para una misma anualidad de contrato, deduciéndose, en su caso, los días de franquicia contratada. En cualquier supuesto, cesará el derecho al devengo de la prestación el mismo día en que se produjera el parto o cesárea de uno o varios recién nacidos, aun cuando no haya alcanzado la Asegurada su total curación. Dicha prestación tendrá un período de carencia o ausencia de cobertura de 12 meses a contar desde la fecha de inclusión de la Asegurada en la póliza.

b) Las enfermedades y/o trastornos mentales y del comportamiento que obliguen al Asegurado a permanecer de forma ininterrumpida ingresado en un área de hospitalización de psiquiatría en hospitales y/o residencias sanitarias, el plazo máximo de cobertura que garantiza el Asegurador queda LIMITADO a 90 días para una misma anualidad de contrato, deduciéndose, en su caso, los días de franquicia contratada.

RIESGOS EXCLUIDOS

No son objeto de cobertura del presente contrato los siguientes riesgos:

a) **La prestación directa por el Asegurador de los servicios médicos, quirúrgicos y el pago de los gastos de asistencia médica y farmacéutica, ni aquellas alteraciones de salud imputables directa o indirectamente a un accidente.**

b) **Todas las alteraciones del estado de salud, crónicas o no, lesiones o defectos de origen anterior a la fecha de inclusión del Asegurado en esta póliza.**

c) **Todas las alteraciones del estado de salud cuya causa sea originada por guerra civil o internacional, las derivadas de la energía atómica o nuclear salvo que sea secuela de un tratamiento médico, las epidemias oficialmente declaradas, y todos los riesgos declarados oficialmente como catastróficos.**

d) **Las enfermedades producidas en cualquier clase de deporte practicado con carácter profesional.**

e) Las enfermedades cuya causa fuese originada por la ingestión de bebidas alcohólicas, la toxicomanía y el intento de suicidio. Así como todas las alteraciones del estado de salud producidas por actos médicos o tratamientos a los que se someta voluntariamente el Asegurado y cuya causa o causas primarias no sean una enfermedad o accidente.

f) El aborto y el parto.

g) El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y/o enfermedades causadas por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). La Fibromialgia y el Síndrome de Fatiga Crónica.

h) Las enfermedades y/o trastornos mentales y del comportamiento que no obliguen al Asegurado a permanecer de forma ininterrumpida ingresado en un área de hospitalización de psiquiatría en hospitales y/o residencias sanitarias. También quedan excluidas todas las enfermedades y/o trastornos ocasionados o desencadenados por el estrés.

Se entenderán, además, RIESGOS EXCLUIDOS, todas las reagudizaciones, secuelas, consecuencias y/o complicaciones y sus tratamientos específicos de todos los riesgos excluidos descritos.

LÍMITE DE EDAD

La cobertura de la presente póliza colectiva se aplicará exclusivamente a personas con una edad menor de 70 años.

INSTRUCCIONES PARA EL CASO DE SINIESTRO

Para poder tener derecho al devengo de los subsidios diarios contratados, el Asegurado deberá, dentro del plazo de 7 días desde la fecha del siniestro, presentar al Asegurador debidamente cumplimentados los siguientes documentos: Declaración de Siniestro, impreso que será facilitado a su solicitud por el Asegurador debiendo ser cumplimentado en todas sus partes, siendo indispensable que la parte relativa a la enfermedad sea extendida y firmada por el médico que asista al paciente. A falta del mencionado

impreso, el aviso de siniestro podrá facilitarse al Asegurador mediante escrito en el que conste:

1. Número de póliza
2. Nombre del Tomador
3. Nombre, apellidos, edad y domicilio del Asegurado

Debiendo unirse al citado escrito un informe del médico que asista al paciente, reseñando la enfermedad, sus causas, si guarda reposo absoluto domiciliario o reposo relativo, si ha padecido con anterioridad la dolencia y en qué fecha, si su dolencia le impide dedicarse a sus actividades laborales o profesionales de forma total o parcial, fecha probable de iniciación del proceso, fecha en que comenzó a prestarle asistencia, pronóstico en cuanto a la duración de la dolencia, y por último, fecha en que se emite el informe.

Recibida la Declaración de Siniestro, el Asegurador podrá disponer las visitas de inspección que estime convenientes, para comprobar el estado de salud del Asegurado, siempre que no se oponga a éstas algún facultativo de los que asistan al mismo, quedando obligado el Asegurado a presentar al Asegurador los informes médicos que le fueran requeridos para la correcta valoración del siniestro.

No devengará subsidio diario alguno el día que cause alta el Asegurado.

LEGISLACIÓN APLICABLE Y AUTORIDAD DE CONTROL

La póliza colectiva suscrita entre SANITAS, S.A. DE SEGUROS, como Tomador del seguro, y LA PREVISIÓN MALLORQUINA DE SEGUROS, S.A., como Aseguradora, se regirá por la Ley 50/1980, del 8 de octubre, de Contrato de Seguro, 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 la Póliza Colectiva suscrita entre el Tomador y la Aseguradora. La Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones es el órgano dependiente del Ministerio de Economía que, con sede en Madrid (España) ejerce el control de la actividad de la Aseguradora.

INSTANCIAS DE QUEJAS Y RECLAMACIONES

Las quejas y reclamaciones podrán dirigirse al Servicio de Atención al Cliente de LA PREVISIÓN MALLORQUINA DE SEGUROS, S.A. con sede en el domicilio social del Asegurador. Si la resolución de éstas no fueran favorable para el cliente, podrán reproducirla mediante escrito dirigido ante al Comisionado para la Defensa del Asegurado en 28046 MADRID, Paseo de la Castellana, nº 44. En cualquier caso, el interesado puede acudir a la vía judicial. El contrato quedará sometido a la jurisdicción española y, dentro de ella, será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del mismo el del domicilio del asegurado, a cuyo efecto éste designará un domicilio en España en caso que el suyo fuese en el extranjero.

VIGENCIA DEL SEGURO

La presente garantía complementaria estará vigente mientras lo estén las condiciones de la póliza colectiva suscrita entre Sanitas como entidad tomadora y Previsión Mallorca con entidad aseguradora y el Asegurado se mantenga como tomador de la presente póliza.

Asimismo la condición de Asegurado se extinguirá con carácter retroactivo en el mismo momento de ocurrencia de los siguientes casos, aun sin existir comunicación previa al Asegurador:

a) Cuando el Asegurado cese en toda actividad profesional habitual o pase a situación de desempleo o jubilación.

b) Desde que se pueda diagnosticar médicamente que la enfermedad que ha motivado el siniestro padecido por el Asegurado, se ha transformado en una invalidez permanente para el ejercicio de la actividad laboral o profesional consignada en la póliza.

TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

La inclusión como Asegurado en la póliza colectiva que este extracto informativo trae causa requiere para su desarrollo, cumplimiento, control y ejecución por LA PREVISION MALLORQUINA DE SEGUROS, S.A. la inclusión en ficheros y el tratamiento de datos de los asegurados, incluidos sus datos de salud, así como la comunicación de aquellos datos que sean adecuados, pertinentes y no excesivos para el cumplimiento de la finalidad señalada entre los prestadores de servicios y la entidad aseguradora.

La solicitud de cualquier prestación asegurada que precise en base contrato de seguro, supone la conformidad expresa del Asegurado a que LA PREVISION MALLORQUINA DE SEGUROS, S.A. realice el tratamiento de datos de salud y su posible comunicación entre prestadores de servicios y Previsión Mallorca.

Para ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos debe dirigirse por escrito con copia de su DNI al Servicio de Atención al Cliente de Previsión Mallorca. En caso de oposición al tratamiento de datos no podrán hacerse efectivas las prestaciones de la póliza durante el tiempo que dure dicha oposición, por carecer la entidad aseguradora de los datos necesarios para el cálculo de la indemnización y demás fines establecidos en el contrato de seguro.

Este Extracto Informativo, sin ningún valor contractual, recoge únicamente con carácter divulgativo, los principales aspectos de la póliza colectiva, rigiéndose este seguro por la póliza colectiva suscrita entre el Tomador y la Aseguradora.

La copia íntegra de la póliza se encuentra a disposición de los Asegurados en el domicilio del Tomador.

GUÍA DE UTILIZACIÓN

La comunicación del siniestro la realizará el cliente directamente a la compañía Previsión Mallorca a través de cualquiera de estos medios:

1. Por fax al Departamento de Siniestros de Servicios Centrales (93 415 74 08).

2. Por correo electrónico adjuntado documentación digitalizada, a la dirección siniestroscentral@laprevisionmallorquina.com

3. Directamente o por correo a los Servicios Centrales o Direcciones Territoriales de Previsión Mallorca

Es importante comunicar el siniestro en el plazo máximo de 7 días desde su ocurrencia y remitir originales por correo a los Servicios Centrales de Previsión Mallorca.

Los pagos de siniestros se realizarán:

a) Mediante cheque nominativo (no a la orden) a favor del asegurado remitido al cliente, siendo el **plazo máximo de pago el de 8 días**, desde que Previsión Mallorca tenga conocimiento del alta causada por el asegurado, siempre y cuando la entidad aseguradora haya podido realizar las peritaciones oportunas durante el transcurso del siniestro.

b) Mediante pago por pagaré al asegurado cuando durante una entrevista con el asegurado se efectúe una transacción, por tanto el pago se efectúa de **forma inmediata**.

• **GARANTÍA COMPLEMENTARIA DE ACCIDENTES**

1. RIESGOS CUBIERTOS

a) **Fallecimiento por Accidente del Asegurado:**

A los efectos de esta Garantía Complementaria, se entiende por fallecimiento por accidente del Asegurado, el producido por toda lesión corporal debida a la acción directa de un acontecimiento exterior, súbito y violento, ajeno a la voluntad del Asegurado que se encuentre cubierto por la Póliza y que cause su fallecimiento dentro de los dos años siguientes a la fecha en que aquel sufrió tal lesión, siempre y cuando ésta se haya producido durante la vigencia del presente seguro y el

Beneficiario pruebe frente al Asegurador que el fallecimiento del Asegurado es consecuencia directa del accidente sufrido por el mismo.

b) **Incapacidad permanente:**

Si como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza se produjera la invalidez del Asegurado, inmediatamente o dentro del plazo de un año desde la fecha de su ocurrencia, la Compañía abonará al Asegurado la indemnización especificada en las presente Garantía Complementaria, en función del grado de dicha invalidez.

Se hace expresamente constar que los grados de incapacidad permanente que quedan incluidos en las garantías de la presente Garantía Complementaria son los que se indican a continuación:

- Incapacidad permanente total, entendiéndose por tal, la situación por la que el Asegurado quede incapacitado por completo para realizar cualquier profesión u oficio remunerados, como consecuencia de un accidente.
- Incapacidad permanente parcial, cuando la incapacidad, aun siendo permanente no alcance el grado de total para cualquier profesión u oficio devendrá en una incapacidad permanente parcial y en este caso la compañía abonará los porcentajes indicados en el baremo establecido en la cláusula **6.3** de la presente Garantía Complementaria.

Esta cobertura complementaria no podrá contratarse separadamente del seguro principal de enfermedad.

2. OBJETO DEL SEGURO

La Entidad Aseguradora garantiza el pago del correspondiente capital Asegurado que figura en las Condiciones Particulares al Beneficiario de que se trate, en caso de producirse algunos de los riesgos citados en la anterior cláusula de la presente Garantía Complementaria, y de acuerdo con lo establecido en el Condicionado de la póliza, siempre que dicha Garantía Complementaria se hubiese contratado y así conste expresamente indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

3. RIESGOS EXCLUIDOS

Se excluyen de las coberturas de la presente Garantía Complementaria, además de los riesgos excluidos en la cláusula denominada “Que no cubre su seguro” del Condicionado General de la póliza, los siguientes accidentes:

3.1. Ocurridos en actos notoriamente peligrosos o criminales cometidos por el Asegurado, incluido el suicidio intentado, frustrado o consumado, así como su participación en apuestas, desafíos o riñas, salvo en los casos probados de legítima defensa y tentativa de salvamento de personas o bienes.

3.2. Ocurridos practicando boxeo, rugby, toreo y encierro de reses bravas, artes marciales, en pruebas de velocidad o resistencia con vehículos a motor, incluso entrenamientos, esgrima, otros deportes notoriamente peligrosos y los sufridos en la práctica como profesional de cualquier deporte.

3.3. Ocurridos en estado de sonambulismo, embriaguez manifiesta (alcohólica o tóxica), de enajenación mental o por drogadicción. Se estará a lo dispuesto en la vigente Ley de Seguridad Vial para considerar el estado de embriaguez.

3.4. Sobrevenidos a consecuencia de embarazo o parto.

3.5. Ocurridos debido a insolaciones, congelaciones, quemaduras y otros efectos de la temperatura atmosférica, salvo que sean consecuencia de un accidente.

3.6. Sufridos como miembros de tripulaciones aéreas, o como pasajero de helicópteros o avionetas de menos de dos motores.

3.7. Ocurridos en regiones inexploradas y/o viajes que tengan carácter de exploración.

3.8. Los provocados intencionadamente por el Asegurado, así como las autolesiones.

3.9. Las intoxicaciones, envenenamientos y reacciones por hipersensibilidad debidas a ingestión de productos alimenticios o fármacos, y las infecciones de carácter general, como la malaria, el tifus exantemático, la enfermedad del sueño, la fiebre amarilla y similares.

3.10. Las enfermedades de cualquier clase o naturaleza, así como las lesiones y otras secuelas debidas a intervenciones quirúrgicas o tratamientos médicos no motivados por un accidente cubierto por la Póliza.

3.11. Las lesiones corporales o complicaciones relacionadas con una enfermedad o estado morbozo (síncope, pérdida de conciencia o similares) y las hernias de cualquier clase o naturaleza así como sus agravamientos, sean o no de origen traumático.

3.12. El rescate de las personas en montaña, mar o desierto. En ningún caso La Entidad Aseguradora sustituirá a los órganos de socorro de urgencia ni se hará cargo del costo de estos servicios.

3.13. Aquellos cuya cobertura corresponde al Consorcio de Compensación de Seguros conforme se detalla en la Cláusula de Riesgos Extraordinarios. No quedarán amparados, salvo que expresamente se estipule lo contrario en las Condiciones Particulares correspondientes a esta garantía y se abone la sobreprima correspondiente la:

a) Intervención de corrientes eléctricas de alta tensión.

Y la práctica como aficionado de:

- 1. Conducción de ciclomotores o motocicletas**
- 2. Conducción de embarcaciones a vela o a motor en alta mar**
- 3. Hípica, polo, esquí, alpinismo y espeleología.**
- 4. Caza mayor.**
- 5. Inmersión submarina.**

4. DEFINICIÓN DE BENEFICIARIO

El Tomador del seguro podrá designar beneficiario o modificar la designación anteriormente realizada, sin necesidad del consentimiento del Asegurador.

La designación del beneficiario podrá hacerse en la Póliza, en una posterior declaración escrita comunicada al Asegurador o en testamento.

En caso de fallecimiento, a falta de designación expresa por parte del Asegurado mediante comunicación escrita dirigida a la Entidad Aseguradora, se consideran beneficiarios de esta garantía por orden preferente y excluyente, las siguientes personas:

- Cónyuge e hijos del Asegurado.
- Padres del Asegurado por partes iguales.
- Hermanos del Asegurado por partes iguales.
- Herederos legales.

En caso de incapacidad la suma asegurada será entregada al propio Asegurado.

5. PERSONAS NO ASEGURABLES DE ESTA GARANTÍA COMPLEMENTARIA

No podrán figurar como Asegurados de esta Garantía Complementaria las personas menores de 14 años, según lo establecido en el artículo

83 de la Ley de Contrato de Seguro. Asimismo, no podrán contratar esta garantía:

5.1. Las personas mayores de 65 años.

5.2. Los afectados de demencia, enajenación mental, ceguera o fuerte miopía (más de 10 dioptrías en un ojo), sordera, parálisis, secuelas de lesiones neurológicas, epilepsia, diabetes, alcoholismo, toxicomanía, SIDA y/o VIH positivo, enfermedades de médula espinal, sífilis, encefalitis letárgica, y en general, de cualquier lesión, enfermedad o minusvalía física o psíquica. De presentarse cualquiera de estas enfermedades, la presente garantía se considera extinguida desde ese momento, restituyéndose por la Entidad Aseguradora la parte de prima no devengada a partir de la fecha en que reciba la notificación de tal estado.

6. GARANTÍAS Y CAPITAL ASEGURADO

6.1. Fallecimiento:

El importe de la indemnización será el capital Asegurado indicado en las Condiciones Particulares.

6.2. Incapacidad permanente total:

El importe de la indemnización será el capital Asegurado indicado en las Condiciones Particulares, para estos supuestos:

- pérdida o inutilización de ambos brazos o ambas manos; de un brazo y una pierna; de un brazo y un pie; de ambas piernas o de ambos pies
- enajenación mental incurable que inhabilite para la realización de un trabajo remunerado
- parálisis completa, incurable y permanente (tetraplejía)
- ceguera absoluta, incurable y permanente

6.3 Incapacidad permanente parcial:

El importe de la indemnización será el resultante de aplicar sobre el Capital Asegurado indicado en las Condiciones Particulares, los siguientes porcentajes:

| | Dcho. | Izqda. |
|---|-------|--------|
| Pérdida total del brazo o de la mano | 60% | 50% |
| Pérdida total del dedo pulgar | 22% | 18% |
| Pérdida total del dedo índice | 15% | 12% |
| Pérdida total de uno de los demás dedos de una mano | 8% | 6% |
| Fractura no consolidada de una pierna o de un pie | 25% | 25% |
| Pérdida total del dedo pulgar de un pie | 8% | 8% |
| Pérdida total de uno de los demás dedos de un pie | 3% | 3% |
| Amputación parcial de un pie comprendidos todos los dedos | 40% | 40% |
| Pérdida completa de la visión de un ojo | 30% | 30% |
| Sordera completa de los dos oídos | 60% | 60% |
| Sordera completa de un oído | 15% | 15% |
| Ablación de la mandíbula inferior | 30% | 30% |
| Acortamiento por lo menos de 5 cm de un miembro inferior | 10% | 10% |
| Amputación de 4 falanges de una mano | 10% | 10% |
| Pérdida completa de los movimientos de la muñeca. | 10% | 10% |
| Rigidez completa de la columna vertebral | 40% | 40% |

| | | |
|--|-------|-------|
| Fractura no consolidada de una rótula | 6,66% | 6,66% |
| Impotencia funcional absoluta de la cadera | 6,66% | 6,66% |
| Impotencia funcional absoluta de una rodilla | 6,66% | 6,66% |
| Fractura no consolidada de la mandíbula inferior | 6,66% | 6,66% |
| Impotencia funcional absoluta del codo | 6,66% | 6,66% |
| Impotencia funcional absoluta del empeine del pie y del tobillo | 6,66% | 6,66% |
| Pérdida completa de los movimientos de las articulaciones del hombro | 6,66% | 6,66% |

Si el Asegurado es zurdo, lo que se deberá declarar convenientemente en la solicitud de seguro, el porcentaje previsto para el miembro superior derecho se aplicará al miembro superior izquierdo, e inversamente.

Para las lesiones no previstas, el grado de incapacidad se determina por analogía con los porcentajes señalados según los dictámenes médicos con respecto a la estricta lesión física, sin consideraciones de tipo personal o profesional.

El grado de incapacidad a tomar en cuenta cuando un mismo accidente cause diversas pérdidas anatómicas o funcionales se calcula sumando los porcentajes correspondientes a cada una de las mismas sin que dicho grado pueda exceder del 100%. La suma de los porcentajes de indemnización, por varios tipos de incapacidad parcial, en un mismo miembro u órgano, no podrá ser superior al porcentaje establecido para el caso de pérdida total del mismo.

Si un órgano o miembro afectado por un accidente presentaba ya con anterioridad al mismo un defecto físico o funcional, el grado de incapacidad vendrá determinado por la

diferencia entre el preexistente y el que resulte después del accidente.

La pérdida completa e irreversible de la funcionalidad de un miembro o de un órgano o la impotencia funcional absoluta del mismo, se entenderá a los efectos del seguro equivalente a la pérdida anatómica del miembro o del órgano mismo.

7. PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN EN CASO DE SINIESTRO

7.1. Fallecimiento:

En caso de accidente el Beneficiario tiene los deberes y obligaciones siguientes:

7.1.1. Comunicar a la Entidad Aseguradora la ocurrencia del accidente en el plazo máximo de 7 días, las circunstancias y consecuencias del mismo. La comunicación se formulará en el impreso de declaración de siniestro establecido al efecto, acompañado de la siguiente documentación, común a todas las garantías contratadas que son objeto de esta Garantía Complementaria:

- a) Certificado del médico que haya asistido al Asegurado en el que se detallarán las circunstancias y causas del fallecimiento.
- b) Informe de la autopsia donde se haga constar el resultado del informe toxicológico.
- c) Documentos que acrediten la personalidad, y en caso, la condición de beneficiario (salvo que se indique expresamente en las condiciones particulares de la póliza).
- d) Carta de exención del Impuesto sobre Sucesiones o de la liquidación, si procede, debidamente cumplimentada por la delegación de Hacienda.

El incumplimiento de esta obligación dará lugar a que la Entidad Aseguradora pueda reclamar los daños y perjuicios que se le irroguen, a no ser que concurriese dolo o culpa grave en cuyo caso se perderá el derecho a la indemnización de acuerdo con el apartado Nulidad del Contrato y pérdida de derechos.

7.1.2. Una vez recibidos de conformidad los documentos exigidos por la Entidad Aseguradora, éste deberá pagar el capital Asegurado en el plazo máximo de 40 días, o, al menos, el importe mínimo de lo que la Entidad Aseguradora pueda deber, según las circunstancias por él conocidas.

7.1.3. No obstante lo anterior, la Entidad Aseguradora queda autorizado a retener aquella parte del capital Asegurado en que, de acuerdo con las circunstancias por él conocidas, se estime la deuda tributaria resultante en la liquidación del Impuesto sobre Sucesiones.

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

7.2 Incapacidad permanente total por accidente:

La determinación del grado de incapacidad se efectuará, de conformidad con el artículo 104 de la Ley de Contrato de Seguro, después de la presentación, por parte del Asegurado, del certificado médico oficial en el que se diagnostiquen las secuelas que han de ser objeto de valoración, conforme a lo previsto en la Póliza. El Asegurador, si lo estima conveniente, requerirá por escrito al Asegurado para que se someta a reconocimiento de un médico designado por dicho Asegurador y luego de practicado dicho reconocimiento, y en el plazo de 15 días, notificará por escrito al Asegurado la cuantía de la indemnización que a su juicio le corresponda. Si el Asegurado no aceptase la proposición hecha por el Asegurador las partes se someterán al procedimiento de peritación previsto en el

apartado 8.3 de la presente Garantía de Complementaria.

Para percibir la indemnización el Asegurado deberá comunicar al Asegurador la concurrencia del accidente en el plazo máximo de 7 días, facilitándole toda clase de información sobre las circunstancias del mismo. La comunicación deberá ir acompañada de la siguiente documentación:

- a) Documentación de la seguridad social donde se especifique el grado de incapacidad.
- b) Certificado médico oficial de incapacidad en el que se detallarán las circunstancias y causas de la incapacidad.
- c) Documentos que acrediten la personalidad y, en su caso, la condición de Beneficiario.
- d) Fecha de determinación de la Invalidez, que será la que indique la comisión de evaluación de Incapacitadores.

Complementariamente a las prestaciones que correspondan por incapacidad permanente, el Asegurador toma a su cargo el importe de la primera prótesis ortopédica que necesite practicarse al Asegurado por resultados de accidente garantizado, sin que dicho importe exceda del 10% del capital base Asegurado para caso de incapacidad permanente y hasta el máximo de 601,01 euros. Si en la cobertura de su póliza de asistencia sanitaria existiese un límite económico menos restrictivo, para dicha prótesis, el límite establecido en esta Garantía Complementaria no será de aplicación.

7.3 Determinación de la indemnización en caso de disconformidad entre las partes:

El Asegurador, conocida la existencia del siniestro, realizará la comprobación de las causas y forma de ocurrencia del mismo. Si las partes se pusiesen de acuerdo sobre el importe y la forma de la indemnización, la Entidad Aseguradora pagará la suma convenida dentro del plazo convenido en el apartado Procedimiento de actuación en caso de siniestro de esta Garantía Complementaria. Si no se lograra el acuerdo mencionado en el apartado anterior dentro del plazo de 40 días a

partir de la recepción de la declaración de siniestro, cada parte designará un perito, debiendo constar por escrito la aceptación de éstos.

Si los peritos llegan a un acuerdo, emitirán acta conjunta con la propuesta del importe líquido de la indemnización.

Si una de las partes no designa perito en el plazo de 8 días desde que la requiera para ello la parte que sí lo ha designado, el dictamen del perito de ésta vinculará a aquella.

Si no hay acuerdo ambas partes designarán un tercer perito. Si no hay conformidad sobre el mismo, lo designará el Juez de Primera Instancia del lugar de domicilio del Asegurado.

El dictamen pericial será vinculante para las partes, salvo impugnación judicial, en el plazo de 30 días en el caso de la Entidad, y 180 días en el caso del Asegurado, a contar desde la notificación del dictamen.

Cada parte satisfará los honorarios de su perito. Los del tercero, en su caso, y demás gastos serán por cuenta y mitad entre las partes. Pero si cualquiera de ellas hubiera hecho necesaria la peritación por haber mantenido una valoración del daño manifiestamente desproporcionada, será la única responsable de dichos gastos.

8. PERFECCIÓN Y EFECTOS DE LA GARANTÍA DE ACCIDENTES

8.1. Esta Garantía Complementaria de su póliza se perfecciona por el consentimiento, manifestado por la suscripción de las correspondientes Condiciones Particulares o del documento provisional de cobertura por las partes contratantes. La cobertura contratada y sus modificaciones o adiciones no tomarán efecto mientras no haya sido satisfecho el primer recibo de prima, salvo pacto en contrario en las correspondientes Condiciones Particulares.

8.2. En caso de demora en el cumplimiento de cualquiera de ambos requisitos, las obligaciones de la Entidad Aseguradora

comenzarán a las veinticuatro horas del día en que hayan sido cumplimentados.

Las garantías que son objeto de estas Garantía Complementaria entran en vigor en la hora y fecha indicadas en las correspondientes Condiciones Particulares.

9. DURACIÓN DE LA GARANTÍA COMPLEMENTARIA

9.1. La duración de la presente Garantía Complementaria de accidentes coincidirá con la duración de la póliza de la cual forma parte.

9.2. Sin perjuicio de lo anterior aquellos Asegurados que cumplan 70 años de edad, causarán baja en esta Garantía Complementaria en la fecha de vencimiento de la anualidad en que haya cumplido dicha edad.

10. RESCISIÓN DE LA GARANTÍA COMPLEMENTARIA EN CASO DE SINIESTRO

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

El Asegurador, conocida la existencia del siniestro, realizará la comprobación de las causas y forma de ocurrencia del mismo.

Si las partes se pusiesen de acuerdo sobre el importe y la forma de la indemnización, la Entidad Aseguradora pagará la suma convenida dentro del plazo convenido en el apartado Procedimiento de actuación en caso de siniestro de estas Condiciones.

Si la iniciativa de rescindir la presente garantía es del Tomador, quedarán a favor de la Entidad

Aseguradora las primas del periodo en curso, y si fuere de la Entidad Aseguradora, éste deberá reintegrar al Tomador la parte de prima correspondiente al tiempo que medie entre la fecha de efecto de la rescisión y la de expiración del periodo de seguro cubierto por la prima satisfecha.

11. NULIDAD DE LA GARANTÍA COMPLEMENTARIA Y PÉRDIDA DE DERECHOS

Las garantías objeto de esta Garantía Complementaria serán nulas, salvo en los casos previstos por la Ley, si en el momento de su conclusión no existía el riesgo o había ocurrido el siniestro. Se pierde el derecho a la indemnización.

11.1. En caso de reserva o inexactitud al cumplimentar el cuestionario, si medió dolo o culpa grave.

11.2. En caso de agravación del riesgo, si el Tomador o el Asegurado no lo comunican a la Entidad Aseguradora y han actuado con mala fe.

11.3. Si el siniestro sobreviene antes de que se haya pagado la primera prima, salvo pacto en contrario.

11.4. Si el Tomador o el Asegurado no facilitan a la Entidad Aseguradora la información sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro, y hubiera ocurrido dolo o culpa grave.

11.5. Si el Tomador o el Asegurado incumplen su deber de aminorar las consecuencias del siniestro, y lo hacen con manifiesta intención de perjudicar o engañar a la Entidad Aseguradora.

11.6. Cuando el siniestro haya sido causado por mala fe del Asegurado.

12. COBERTURA DE RIESGOS EXTRAORDINARIOS

Cláusula de indemnización por el Consorcio de Compensación de Seguros de las pérdidas

derivadas de acontecimientos extraordinarios en seguros de personas.

De conformidad con lo establecido en el texto refundido del Estatuto legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por el Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de octubre, y modificado por la Ley 12/2006, de 16 de mayo, el tomador del contrato de seguro de los que deben obligatoriamente incorporar recargo a favor de la citada entidad pública empresarial tiene la facultad de convenir la cobertura de los riesgos extraordinarios con cualquier entidad Aseguradora que reúna las condiciones exigidas por la legislación vigente. Las indemnizaciones derivadas de siniestros producidos por acontecimientos extraordinarios acaecidos en España, y que afecten en riesgos en ella situados, y también acaecidos en el extranjero cuando el Asegurado tenga su residencia habitual en España, serán pagadas por el Consorcio de Compensación de Seguros cuando el tomador hubiese satisfecho los correspondientes recargos a su favor y se produjera alguna de las siguientes situaciones:

a) Que el riesgo extraordinario cubierto por el Consorcio de Compensación de Seguros no esté amparado por la póliza de seguro contratada con la Entidad Aseguradora.

b) Que aun estando amparado por dicha póliza de seguro, las obligaciones de la entidad Aseguradora no pudieran ser cumplidas por haber sido declarada judicialmente en concurso o por estar sujeta a un procedimiento de liquidación intervenida o asumida por el Consorcio de Compensación del Seguro.

El consorcio de compensación de seguros ajustará su situación a lo dispuesto en el mencionado Estatuto Legal, en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, del contrato de Seguro, en el reglamento del Seguro de riesgos extraordinarios, aprobado por el Real Decreto 300/2004, de 20 de Febrero, y en las disposiciones complementarias.

RESUMEN DE NORMAS LEGALES:

1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos :

a) Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos, inundaciones extraordinarias (incluyendo los embates de mar), erupciones volcánicas, tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 135 km/h, y los tornados) y meteoritos.

b) Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.

c) Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz.

2. Riesgos excluidos:

a) Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.

b) Los ocasionados en bienes Asegurados por contrato de seguro distinto a aquellos que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.

c) Los debidos a vicio o defecto propio de la cosa asegurada, o a su manifiesta falta de mantenimiento.

d) Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.

e) Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 25/1964, de 29 de abril, sobre energía nuclear. No obstante lo anterior, si se considerarán incluidos todos los daños directos ocasionados en una instalación nuclear asegurada, cuando sean consecuencia de un acontecimiento extraordinario que afecte la propia instalación.

f) Los debidos a la mera acción del tiempo, y en el caso de bienes total o parcialmente sumergidos de forma permanente, los imputables a la mera acción del oleaje o corrientes ordinarias.

g) Los producidos en fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el artículo 1 del Reglamento de Seguro de riesgos extraordinarios, y en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de

laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que estos fueran ocasionados manifiestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado en su zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.

h) Los causados por actuaciones tumultarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, reguladora de derecho de reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios conforme al artículo 1 del Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios.

i) Los causados por mala fe del Asegurado.

j) Los derivados de siniestros cuya concurrencia haya tenido lugar en el plazo de carencia establecido en el artículo 8 del Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios.

k) Los correspondientes a siniestros producidos antes del pago de la primera prima o cuando, de conformidad con lo establecido en La Ley del Contrato del Seguro, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se halle suspendida o el seguro quede extinguido por falta del pago de las primas.

l) Los indirectos o pérdidas derivadas de daños directos o indirectos, distintos de la pérdida de beneficios delimitada en el Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios. En particular, no quedan comprendidos en esta cobertura los daños o pérdidas sufridas como consecuencia de corte o alteración en el suministro exterior de energía eléctrica, gases combustibles, fuel-oil, gasoil, u otros fluidos, ni cualesquiera otros daños o pérdidas indirectas distintas de las citadas en el párrafo anterior, aunque estas alteraciones se deriven de una causa incluida en la cobertura de riesgos extraordinarios.

m) Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de <<catástrofe o calamidad nacional>>.

3. Franquicia:

En el caso de daños directos (excepto automóviles y viviendas y sus comunidades), la franquicia a cargo del Asegurado será de un 7 por ciento de la cuantía de los daños indemnizables producidos por el siniestro. En el caso de la cobertura de pérdida de beneficios, la franquicia a cargo del Asegurado será la prevista en la póliza para pérdida de beneficios en siniestros ordinarios.

4. Extensión de cobertura:

La cobertura de los riesgos extraordinarios alcanzará a las mismas personas y sumas aseguradas que se hayan establecido en la póliza a efectos de riesgos ordinarios. No obstante en las pólizas que cubran daños propios a los vehículos a motor, el Consorcio garantiza la totalidad del interés asegurable aunque la póliza sólo lo haga parcialmente.

PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN EN CASO DE SINIESTRO INDEMNIZABLE POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS.

En caso de siniestro, el Asegurado, Tomador, Beneficiario, o sus respectivos representantes legales, directamente a través de la entidad Aseguradora o del mediador de seguros, deberá comunicar, dentro del plazo de siete días de haberlo conocido, la ocurrencia del siniestro, en la delegación regional del Consorcio que corresponda, según el lugar donde se produjo el siniestro. La comunicación se formulará en el modelo establecido al efecto, que está disponible en la página web del Consorcio (www.consorseguros.es), o en las oficinas de éste o de la Entidad Aseguradora, al que deberá adjuntarse la documentación que, según la naturaleza de los daños, se requiera.

Asimismo, se deberán conservar restos y vestigios del siniestro para la actuación pericial

y, en caso de imposibilidad absoluta, presentar la documentación probatoria de los daños, tales como fotografías, actas notariales, vídeos o certificados oficiales. Igualmente, se conservarán las facturas correspondientes a los bienes siniestrados cuya destrucción no pudiera demorarse.

Se deberán adoptar cuantas medidas sean necesarias para aminorar los daños.

La valoración de las pérdidas derivadas de los acontecimientos extraordinarios se realizará por el Consorcio de compensación de seguros, sin que éste quede vinculado por las valoraciones que, en su caso, hubiese realizado la Entidad Aseguradora que cubriese los riesgos ordinarios.

Para aclarar cualquier duda que pudiera surgir sobre el procedimiento a seguir, el Consorcio de Compensación de Seguros dispone del siguiente teléfono de atención al Asegurado: 902 222 665.

• **GARANTÍA COMPLEMENTARIA DE ÓPTICA**

Comprende exclusivamente el reembolso del importe del siguiente material de óptica: lentes de contacto graduadas y cristales graduados, siempre y cuando esté prescrito por un oftalmólogo perteneciente al cuadro médico del producto contratado salvo que éste contemple la modalidad de reembolso, en cuyo caso no sería necesario que el oftalmólogo perteneciera a dicho cuadro médico. Limite de una factura al año.

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

1. PLAZOS DE CARENCIA

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

- 180 días para la solicitud del reembolso de material de óptica.

• **COMPLEMENTO DE MEDICINA ALTERNATIVA**

1. OBJETO DE LA GARANTÍA

Comprende exclusivamente el reembolso del importe de consultas de Homeopatía y productos homeopáticos dispensados y facturados en consulta, así como el reembolso del importe de consultas de Acupuntura y el material que ésta implique y sea administrado en consulta por el profesional.

El reembolso de dicho importe se realizará en el porcentaje establecido en las Condiciones

Particulares y hasta el límite del capital asegurado igualmente indicado en las mismas, una vez aportado por el asegurado la factura acreditativa de haber abonado la consulta o productos objeto de cobertura.

La duración de esta cobertura complementaria coincide con la duración de la póliza de la cual forma parte.

2. PLAZOS DE CARENCIA

- 180 días para el reembolso de consultas de Homeopatía y productos homeopáticos.
- 180 días para el reembolso de consultas de Acupuntura y material de Acupuntura.

3. TRAMITACIÓN DEL REEMBOLSO

Para la tramitación del reembolso el asegurado deberá presentar la siguiente documentación en un plazo máximo de 7 días:

- a) Impreso de solicitud de reembolso debidamente cumplimentado.
- b) Facturas originales desglosadas por fechas, importes y conceptos.
Los documentos deben ser siempre originales.

Una vez recibida toda la documentación requerida y efectuadas las comprobaciones oportunas, en el plazo de diez días laborables, se procederá al reembolso de la cantidad correspondiente.

4. CLÁUSULA DE NO RESPONSABILIDAD

El asegurado podrá elegir libremente el profesional que le preste los servicios que son objeto de esta garantía sin que Sanitas intervenga en modo alguno en dicha elección ni participe o supervise la forma de prestar dichos servicios, lo que supone la ausencia de responsabilidad directa, solidaria o subsidiaria de Sanitas por los actos de aquéllos.

• **GARANTÍA COMPLEMENTARIA DE REEMBOLSO**

Por la presente garantía complementaria, la Entidad Aseguradora asume, en los términos establecidos en las presentes condiciones generales, particulares y en su caso especiales de la póliza en función de las declaraciones realizadas por el propio asegurado en la solicitud de seguro el reembolso de una parte de los gastos, razonables y usuales, realmente incurridos por el Asegurado derivados de la asistencia médico-quirúrgica y/u hospitalaria que le sea prestada como consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto por la presente Garantía complementaria, los riesgos objeto de cobertura asegurada por la presente Garantía Complementaria de Reembolso serán los mismos y con el mismo alcance y límites de cobertura que se expresan en las presentes Condiciones Generales respecto a la modalidad de cuadro médico, con las especificaciones que se indican a continuación.

Todos los servicios requieren la previa prescripción de un médico.

Para esta modalidad de reembolso de gastos, los capitales asegurados serán los específicamente establecidos en las condiciones particulares de esta póliza respectivamente para cada prestación asegurada y los periodos de carencia serán los establecidos más adelante en la presente garantía complementaria.

Garantía de Asistencia en régimen de hospitalización y hospitalización de día:

Comprende el reembolso parcial por parte de la Entidad Aseguradora en el porcentaje y hasta el límite de capital asegurado específicamente indicado en las condiciones particulares de los gastos correspondientes exclusivamente a la asistencia médica y/o quirúrgica prestada al Asegurado como consecuencia del internamiento del mismo como paciente en un hospital, siempre que dicho internamiento haya sido prescrito por un médico. Quedan incluidos dentro de esta garantía los gastos originados por intervenciones quirúrgicas, tanto en régimen ambulatorio como no ambulatorio, siempre que éstas sean prescritas y realizadas

por un médico, (honorarios de cirujanos y sus ayudantes, anestesista, utilización de quirófano, material y medicamentos), estancias en U.V.I. o U.C.I., pruebas diagnósticas de alta tecnología, métodos terapéuticos complejos aunque se realicen de régimen de Hospitalización de día, así como los gastos de hospitalización que incluyan manutención y habitación convencional con cama de acompañante.

Asimismo, serán objeto de reembolso parcial por parte de la Entidad Aseguradora, los gastos relativos a la asistencia médica y/o quirúrgica en régimen hospitalario debida a parto, que incluye los gastos descritos en la garantía de Asistencia en Régimen de Hospitalización en el párrafo anterior.

Garantía de Asistencia sin hospitalización: Comprende el reembolso parcial por parte de la Entidad Aseguradora en el porcentaje y hasta el límite de capital asegurado específicamente indicado en las condiciones particulares de los gastos correspondientes a:

- Consultas médicas.
- Servicios de urgencias a domicilio.
- Métodos terapéuticos no complejos.
- Pruebas diagnósticas.
- Consultas odontológicas y extracciones, curas estomatológicas derivadas de estas extracciones y limpieza de boca, realizadas por un odontólogo.
- Servicio de ambulancia por vía terrestre, únicamente en los supuestos cubiertos a través de la modalidad de cuadro médico descritos en la cláusula I apartado Ambulancias del condicionado general de esta póliza.

El servicio de ambulancia se reembolsará en el porcentaje y hasta el límite de capital asegurado establecido en las Condiciones Particulares de esta póliza. **Esta prestación no incluye los traslados requeridos para tratamientos de Fisioterapia, realización de pruebas diagnósticas ni asistencia a consultas médicas en régimen ambulatorio.**

Garantía de Prótesis: Comprende exclusivamente el reembolso parcial en el porcentaje y hasta el límite del capital asegurado establecidos en las condiciones particulares para la modalidad de reembolso, de las prótesis y material implantable en los mismos términos y límites de cobertura que los indicados en el apartado de prótesis de las condiciones generales para la modalidad de cuadro médico concertado.

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

Garantía de Recién Nacidos: Comprende el reembolso parcial en el porcentaje y hasta el límite del capital asegurado establecido en las condiciones particulares por parte de la Entidad Aseguradora de los gastos correspondientes a la asistencia médica y/u hospitalaria que precise el recién nacido desde el momento de su nacimiento, siempre y cuando haya sido dado de alta en la Entidad Aseguradora.

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

Garantía de Rehabilitación y Fisioterapia: Comprende, el reembolso parcial por parte de

la Entidad Aseguradora en el porcentaje y hasta el límite del capital asegurado establecido en las condiciones particulares de los gastos correspondientes exclusivamente, a la rehabilitación-fisioterapia del aparato locomotor **siempre que no se trate de un proceso crónico o degenerativo**, previa prescripción de un médico hasta la mayor recuperación funcional posible. **En régimen de ingreso hospitalario se prestará sólo y exclusivamente para la recuperación del aparato locomotor secundaria a una cirugía ortopédica y la recuperación cardíaca tras la cirugía con circulación extracorpórea.** También comprende el drenaje linfático postmastectomía de origen neoplásico.

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

Garantía de Odontología: Comprende el reembolso parcial por parte de la Entidad Aseguradora en el porcentaje y hasta el límite del capital asegurado establecido en las condiciones particulares de los gastos correspondientes a los servicios odontológicos ya indicados anteriormente y siempre que sean **prestados exclusivamente por proveedores del cuadro médico Sanitas Dental.**

Plazos de carencia para la modalidad de reembolso:

En caso de hacer uso de las coberturas aseguradas bajo la modalidad de reembolso de gastos los periodos de carencia son:

- **Hospitalización e Intervenciones quirúrgicas** en régimen asistencial de Hospitalización o de Hospitalización de Día, incluida la asistencia al parto: ocho meses.
- **Intervenciones quirúrgicas en régimen asistencial de Asistencia Ambulatoria:** tres meses.
- **Pruebas diagnósticas de alta tecnología:** seis meses

- Los siguientes **Métodos Terapéuticos Complejos:** cardiología intervencionista/hemodinamia; radiología intervencionista; radioterapia y quimioterapia; y litotricia: seis meses.
- **Psicología:** seis meses.
- **Vasectomía y ligadura de trompas:** ocho meses.

Los plazos de carencia anteriormente citados no serán exigibles en el caso de accidentes o asistencias de urgencias, así como en los casos de partos prematuros (menos de 37 semanas).

FRANQUICIAS

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

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

Asimismo en el caso de que el Asegurado utilice los servicios asistenciales médicos y/u hospitalarios en Estados Unidos concertados por la Entidad Aseguradora, se aplicará lo Establecido en el punto Asistencia en Estados Unidos del apartado correspondiente a la modalidad de cuadro médico.

1. SINIESTROS, REEMBOLSOS Y CONTROVERSIAS

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

1.1. El Asegurado o cualquier persona en su nombre deberá comunicar el ingreso hospitalario, intervención quirúrgica y en general cualquier prestación médica asegurada dentro del plazo máximo de siete (7) días desde que haya tenido lugar la asistencia médica o quirúrgica o el internamiento hospitalario, salvo que se haya fijado en la póliza un plazo más amplio.

En el caso de intervención quirúrgica o internamiento hospitalario programado, deberá de comunicar dicha circunstancia a la aseguradora desde el momento en el que tenga conocimiento de la fecha en la que dicha intervención quirúrgica o internamiento hospitalario vaya a producirse.

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

1.3. El Asegurado deberá, además, seguir fielmente todas las prescripciones del médico encargado de la curación y deberá dar a la

Entidad Aseguradora toda clase de informaciones sobre las circunstancias o consecuencias del siniestro.

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

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

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

- Impreso de solicitud de reembolso, debidamente cumplimentado.
- Justificante/s o factura/s original/es o copia, 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).
- Justificación o acreditación original o copia del pago de la/s factura/s por parte del Asegurado.
- Prescripciones médicas originales de los servicios médicos y/u hospitalarios

recibidos por el Asegurado, excepto en el caso de consultas y servicios de podología, respecto de los cuales no será necesaria la presentación de tales prescripciones.

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

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

En caso de no presentar la factura original el Tomador o el Asegurado se comprometen a conservar los originales de los documentos indicados en este apartado durante el plazo de seis años contados desde la fecha de pago por la Entidad Aseguradora del reembolso solicitado y los pondrá a disposición de ésta cuando se los requiera a efectos de facilitar el cumplimiento de sus obligaciones.

2. CONTROVERSIAS

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

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

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

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

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

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

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

manifiestamente desproporcionada será ella la única responsable de dichos gastos.

Hecho por duplicado en Madrid a 04 de Noviembre de 2013

Por el Asegurado/
Tomador del Seguro

Por el Asegurador

A handwritten signature in black ink, reading "S. de Andrés Osorio". The signature is written in a cursive style with a large initial 'S'.

Sergio de Andrés Osorio
Sanitas, S.A. de Seguros

