Sanitas

PARTE DE Bupa

NOTA INFORMATIVA PREVIA: SANITAS PRIMERO

1. DENOMINACIÓN Y DOMICILIO SOCIAL DE LA ASEGURADORA

SANITAS SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS, (en adelante Sanitas) con domicilio social en Calle Ribera del Loira, 52, 28042 Madrid, España. CIF A28037042, Inscrita en el Registro de la Dirección General de Seguros y Fondo de Pensiones, clave C-320. Inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, hoja 4.530, tomo 1.241, libro 721, Secc. 3ª, insc.1ª.

2. NOMBRE DEL PRODUCTO

Sanitas Primero

3. TIPO DE SEGURO

Producto de asistencia sanitaria, con acceso a todas las especialidades médicas, con acceso a todas las especialidades médicas y hospitalización, **a través del amplio cuadro médico de Sanitas,** formado por más de 40.000 profesionales y 1.200 centros médicos, 3 hospitales propios, 19 centros Milenium Multiespecialidad y más de 170 Clínicas Milenium Dental.

En esta modalidad de seguro la cobertura se presta exclusivamente a través de cuadro médico, a diferencia de los productos de reembolso, donde el asegurado abona al profesional sus honorarios y solicita a la aseguradora su reembolso en los términos pactados en la póliza.

4. CUESTIONARIO DE SALUD

El cuestionario de salud, incluido en la solicitud de seguro, es una declaración firmada por parte del tomador de la póliza antes de su formalización e incluye un listado de preguntas relevantes sobre el estado de salud de cada posible asegurado. El tomador del seguro tiene obligación de contestar con veracidad a dicho cuestionario que permitirá a la entidad aseguradora hacer una correcta valoración del riesgo. En caso de falsedad u omisión en dicha declaración, la compañía aseguradora podrá rescindir la póliza de seguro.

5. DESCRIPCIÓN DE LAS GARANTÍAS Y OPCIONES OFRECIDAS

COBERTURAS INCLUIDAS

- **Medicina Primaria:** medicina general, pediatría, ATS, servicios de urgencias.
- **Acceso a todas las especialidades médicas:** dermatología, oftalmología, ginecología, traumatología, etc.
- **Pruebas diagnósticas:** ecografías, análisis, radiografías, etc.
- **Métodos terapéuticos:** sesiones de rehabilitación, tratamientos oncológicos, etc.
- **Intervenciones quirúrgicas ambulatorias:** que no requieran permanencia en un hospital.
- **Intervenciones quirúrgicas:** que requieran hospitalización con pago de una parte del coste por parte del asegurado.
- **Segunda opinión médica:** solicitada a especialistas de nivel mundial.
- **Atención de urgencias en viajes al extranjero.**

COBERTURAS OPCIONALES

- **Farmacia:** 50% de reembolso en gastos de medicamentos, hasta 200€/asegurado y año.
- **Cobertura de EE.UU:** acceso a una red de prestigiosos centros en EE.UU.
- **Óptica:** 50% de reembolso en tus gastos de material óptico (gafas y lentillas) hasta 300€/asegurado y año.
- **Accidentes profesionales y de tráfico:** las coberturas objeto de la póliza serán prestadas en caso de accidentes profesionales y de tráfico.
- **Sanitas Renta:** indemnización diaria en caso de hospitalización (desde 60€/día).
- **Medicina alternativa:** 50% de reembolso en consultas de homeopatía y acupuntura hasta 400€/asegurado y año.
- **Asistencia familiar:** ayuda cualificada ante situaciones como hospitalización o permanencia en domicilio por enfermedad.
- **Accidentes:** indemnización en caso de fallecimiento o incapacidad permanente a consecuencia de un accidente.
- **Cobertura dental:** distintas modalidades que ofrecen desde 30 servicios incluidos y descuentos en el resto de tratamientos.

6. EXCLUSIONES DE COBERTURA

Quedan excluidas de la cobertura de esta póliza, sin perjuicio de cualquier otra exclusión debidamente resaltada que figure en el condicionado de esta póliza, las asistencias sanitarias derivadas de los riesgos indicados a continuación:

A Toda clase de enfermedades, lesiones, dolencias, defectos constitucionales o congénitos, deformaciones, estado o situación médica (como embarazo o gestación) preexistentes a la fecha de alta de cada asegurado en la póliza y/o los que sean consecuencia de accidentes o enfermedades y sus secuelas que sean de origen anterior a la fecha de inclusión de cada asegurado en la póliza.

B La asistencia sanitaria relacionada con enfermedades accidentes, lesiones, malformaciones o defectos:

- Producidos como consecuencia de guerras, actos de carácter terrorista y epidemias declaradas oficialmente.
- Que guarden relación directa o indirecta con radiación nuclear o contaminación radiactiva, así como los que sean consecuencia directa de una catástrofe natural.
- Los derivados de accidentes laborales y profesionales o de la utilización de vehículos a motor que sean objeto de cobertura por el Seguro del Automóvil de Suscripción Obligatoria salvo que se haya contratado la correspondiente cobertura complementaria.
- Los producidos practicando el asegurado, deportes de riesgo, como por ejemplo actividades aéreas, pruebas de velocidad con vehículos a motor, submarinismo, escalada, boxeo, toreo, artes marciales, rugby, o cualquier otra actividad de riesgo análogo.

C La asistencia sanitaria prestada en centros o servicios de la Seguridad Social o integrados en el Sistema Nacional de Salud. Queda igualmente excluida la Asistencia Sanitaria Trasfronteriza.

D La hospitalización cuando exista recomendación de alta hospitalaria por los médicos que atienden al asegurado.

E La asistencia médica y/u hospitalaria prestada al asegurado por personas que se encuentren ligadas con el tomador del Seguro o con el asegurado por relación conyugal o de parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad o de afinidad, inclusive.

F La asistencia sanitaria derivada de cirrosis hepáticas u otras patologías directamente derivadas del consumo del alcohol, por consumo de drogas, psicofármacos, estupefacientes o alucinógenos o intoxicaciones etílicas, por intento de suicidio y autolesiones, o por enfermedades o accidentes sufridos por culpa o negligencia del asegurado.

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

G Todos los procedimientos diagnósticos, quirúrgicos o terapéuticos cuya seguridad y eficacia clínicas no estén debidamente contrastadas científicamente o que sean de aparición nueva, posterior a la firma de la presente póliza; los procedimientos no universalizados, ni consolidados en la práctica clínica habitual, los que hayan quedado manifiestamente superados por otros disponibles y cualquier procedimiento diagnóstico, quirúrgico o terapéutico que no se encuentre aprobado por la Agencia Europea del Medicamento y/o la Agencia Española del Medicamentos y Productos Sanitarios.

Asimismo aquellos procedimientos cuyo empleo no se encuentren universalizado y consolidado en la práctica clínica habitual de al menos nueve Comunidades Autónomas Españolas de forma generalizada en sus centros hospitalarios públicos, no solo en Hospitales de Referencia. Igualmente los procedimientos de carácter experimental o ensayos clínicos.

H Cualquier tipo de servicio relacionado con:

- Patologías o tratamientos no cubiertos, así como complicaciones que se deriven de éstos.
- El diagnóstico específico y tratamientos, inclusive la cirugía, encaminados a solventar la esterilidad o infertilidad en ambos sexos (fecundación in vitro, inseminación artificial, etc.), o de la impotencia y la disfunción eréctil, incluida la cirugía de cambio de sexo.
- La interrupción voluntaria del embarazo.
- Los trasplantes de órganos, tejidos, células o componentes celulares, excepto el trasplante autólogo tanto de médula ósea como de células progenitoras de sangre periférica por tumores de estirpe hematológica, y el transplante de córnea.

  En este último caso, SANITAS no se hace cargo de la cobertura económica de la córnea a trasplantar.
- Cualquier intervención quirúrgica sobre el no nacido.
- Cualquier técnica quirúrgica que utilice equipos de cirugía robótica.
- Las determinaciones del mapa genético, que tienen como finalidad conocer la predisposición del asegurado o de su ascendencia o descendencia presente o futura a padecer todas las enfermedades relacionadas con alteraciones genéticas. También quedan expresamente excluidos los mapas genéticos de tumores y la farmacogenética.
- Las prótesis y material implantable salvo los expresamente cubiertos conforme a lo establecido en el condicionado general de la póliza.

  Quedan excluidos, entre otros, cualquier prótesis externa, cualquier tipo de material ortopédico, fijadores externos, materiales biológicos o sintéticos, injertos, endoprótesis aórticas, conductos valvulados, bombas implantables para infusión de medicamentos, electrodos de estimulación medular, desfibriladores y el corazón artificial.
- Las intervenciones, infiltraciones y tratamientos así como cualquier otra intervención que tenga un carácter puramente estético o cosmético y no se

trate por tanto de cirugía reparadora. En cirugías de mama solo se cubren las ocasionadas por enfermedad tumoral, quedando expresamente excluidas las cirugías con carácter profiláctico, hipertrofias mamarias y ginecomastias.

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.

- Tratamientos con plasma rico en plaquetas o en factores de crecimiento.
- La terapia educativa, educación del lenguaje en procesos sin patología orgánica o la educación especial para enfermos con afección psíquica.
- Reconocimientos médicos generales de carácter preventivo, salvo las coberturas mencionadas en las presentes Condiciones Generales.
- Medicinas alternativas, naturopatía, homeopatía, acupuntura, mesoterapia, hidroterapia, magnetoterapia, presoterapia, ozonoterapia, etc.
- Servicios o técnicas que consisten en meras actividades de ocio, descanso, confort o deporte, así como los tratamientos en balnearios y curas de reposo.

I Todas las técnicas quirúrgicas o procedimientos terapéuticos que usan el láser salvo:

- La fotocoagulación oftálmica.
- Tratamientos de hemorroides.
- Cirugía vascular periférica con patología (no estética).
- Otorrinolaringología.
- En fisioterapia músculo-esquelética.

J Los gastos por viaje y desplazamiento salvo los contemplados en el apartado de ambulancias de estas Condiciones Generales.

K Los siguientes productos farmacéuticos:

- Los que sean administrados al paciente fuera del régimen de hospitalización, o en hospitalización de día salvo la quimioterapia administrada vía parenteral por un profesional sanitario en centros concertados. Las vacunas y autovacunas de todo tipo; medicación en ventiloterapia y aerosolterapia así como productos de parafarmacia.
- Los medicamentos no comercializados en España.
- Las terapias avanzadas (medicamentos de uso humano basado en genes, células y terapia celular y que incluyen productos de origen autólogo, alogénico o xenogénico).

L Quedan excluidos los partos en medio acuáticos, a domicilio y por medios alternativos.

Respecto a las exclusiones propias de cada garantía nos remitimos al Condicionado General.

PERIODOS DE CARENCIA

SERVICIOS	PERIODOS DE CARENCIA
Intervenciones quirúrgicas ambulatorias.	3 meses
Pruebas diagnósticas de alta tecnología.	6 meses
Psicología.	6 meses
Parto o cesárea.	8 meses
Métodos terapéuticos complejos *(cardiología intervencionista, hemodinamia, radiología intervencionista, radioterapia, quimioterapia y litotricia)*	10 meses
Ligadura de trompas y vasectomía.	10 meses
Hospitalización e intervenciones quirúrgicas no ambulatorias o en régimen de hospitalización.	10 meses

7. FORMA DE COBRO DE LA PRESTACIÓN

ESTRUCTURA DE COPAGOS

Sanitas Primero es un producto con copago, en el que los 6 primeros servicios son sin coste:

Nº DE SERVICIOS	IMPORTE COPAGO
De 0 a 6	0 €
De 7 a 10	4 €
De 11 a 15	7 €
> 15	10 €

Copago único en servicios de alta frecuentación*: 12€

*Preparación al parto, fisioterapia (10 sesiones), ventiloterapia y aerosolterapia (15 sesiones), resto de terapias tespiratorias (oxígeno, BPAP y CPAP 30 días).

El asegurado deberá participar en el coste de las intervenciones quirúrgicas y hospitalización que son objeto de cobertura por esta póliza.

Dicha participación en el coste del servicio variará en función del grado de dificultad de la intervención de que se trate. Los casos de hospitalización sin intervención quirúrgica estarán encuadrados en todo caso en el Grupo I.

La participación en el coste del servicios será satisfecho por el tomador o Asegurado a la entidad aseguradora en un único pago, con carácter previo a realizar la intervención o ingreso hospitalario de que se trate. Si la intervención quirúrgica requiere hospitalización el coste de la misma estará incluido en dicho pago:

- En caso de necesitar una intervención quirúrgica, el cliente puede decidir realizársela asumiendo sólo una parte del coste, ya que Sanitas asume el resto.
- El coste a abonar por el asegurado se divide en tres niveles dependiendo de la complejidad de la intervención y del coste asociado.
- Consulta en esta url las intervenciones quirúgicas no ambulatorias con su correspondiente grado de dificultad, según O.M.C. http://www.sanitas.es/media/documento/archivo/doc_sanitasprimero_intervencionesquirurgicas/peg_grados-de-difucultad.pdf

NIVEL	PVP	GRUPOS DE DIFICULTAD SEGÚN O.M.C.
1	1.000 €	2, 3 y 4 y Hospitalización sin intervención quirúrgica
2	2.000 €	5 y 6, parto y cesárea
3	3.000 €	7 y 8

Consulta las franquicias aplicables a la cobertura dental en el documento anexo.

8. CONDICIONES, PLAZOS Y VENCIMIENTOS DE LAS PRIMAS

8.1 CUESTIONES GENERALES

El pago de la prima se puede realizar con periodicidad mensual, trimestral, semestral (2% de descuento) o anual (4% de descuento), a través de domiciliación bancaria en la cuenta corriente, titularidad del tomador, expresamente indicada en la solicitud de seguro.

8.2 COMUNICACIÓN ANUAL DEL VENCIMIENTO DE LAS PRIMAS

En cada renovación anual de la póliza Sanitas podrá modificar la prima aplicable a la siguiente anualidad y en su caso el importe de los copagos, de acuerdo a los cálculos técnico-actuariales realizados y basados en el IPC sanitario, la frecuencia en la utilización de las prestaciones garantizadas y la inclusión de innovaciones tecnológicas médicas o nuevas coberturas aseguradas.

La prima aplicable a la siguiente anualidad será comunicada por escrito por Sanitas al tomador con al menos dos meses de antelación a la fecha de renovación.

8.3 EVOLUCIÓN ANUAL DE LA PRIMA

Las primas a satisfacer por el tomador, variarán en función de la edad alcanzada por cada uno de los asegurados, la zona geográfica correspondiente al lugar de prestación de los servicios, aplicando las tarifas establecidas por Sanitas en la fecha de renovación de cada póliza.

8.4 RENOVACIONES

El contrato de seguro es anual, computándose dicha anualidad desde su fecha de entrada en vigor. A su vencimiento, se prorrogará tácitamente por periodos sucesivos de una anualidad salvo que una de las partes se oponga a una de dichas prórrogas comunicándoselo a la otra con dos meses de antelación si es la aseguradora quien realiza la comunicación y un mes si es el tomador.

No obstante lo anterior, la entidad aseguradora cumplirá:

1. No oponerse a la prórroga de contratos de seguro que tengan asegurados con determinadas situaciones de enfermedad grave, siempre y cuando el primer diagnóstico se haya producido durante su período de alta en la póliza. Serán enfermedades con tratamiento en curso dentro del contrato de las que se enumeran a continuación:
   - Procesos oncológicos activos.
   - Enfermedades cardiacas tributarias de tratamiento quirúrgico o intervencionista.
   - Trasplante de órganos.
   - Cirugía ortopédica compleja en fase de evolución.
   - Enfermedades degenerativas y desmielinizantes del sistema nervioso.

- Insuficiencia renal aguda.
- Insuficiencia respiratoria crónica tórpida.
- Hepatopatías crónicas (excluidas las de origen alcohólico).
- Infarto Agudo de Miocardio con insuficiencia cardiaca.
- Degeneración macular.

2. No ejercitar oposición a la prórroga respecto de contratos de seguro que tengan asegurados mayores de 65 años, cuando su permanencia acreditada en la entidad, sin impagos, alcanzara una antigüedad continuada de 5 o más años.
3. Los compromisos anteriores no serán de aplicación o quedarán sin efecto en aquellos supuestos en los que:

   El asegurado hubiese incumplido sus obligaciones o hubiese existido reserva o inexactitud por parte del mismo a la hora de declarar el riesgo.

   Se produjese impago de la prima o negativa a aceptar su actualización por parte del tomador.
4. La renuncia por parte de la compañía a su derecho de oponerse a la continuidad de la póliza requiere de forma inexcusable que el tomador acepte la prima y la participación en el coste de los servicios que le correspondan, y que la aseguradora podrá actualizar periódicamente para adecuarlos a la evolución de los costes del seguro, siempre conforme a criterios actuariales y dentro de los límites de la ley y del contrato.

8.5 TRIBUTOS REPERCUTIBLES

Las primas están sujetas a la aplicación del recargo del 1,5 por mil, a favor del Consorcio de Compensación de Seguros que se cobra en el primer recibo de cada anualidad.

9. INSTANCIAS DE RECLAMACIÓN

El escrito de reclamación deberá dirigirse al Departamento de Reclamaciones de Sanitas, calle Ribera del Loira Nº 52 (28042 Madrid) o al fax 91 585 24 68 o a la dirección de correo electrónico reclamaciones@sanitas.es.

Si la resolución de la reclamación es desestimatoria o bien han trascurrido más de dos meses sin obtener respuesta, también se podrá iniciar el procedimiento administrativo de reclamación ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondo de Pensiones, Paseo de la Castellana, 44, 28046 Madrid.

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

10. LEGISLACIÓN APLICABLE Y JURISDICCIÓN

- Ley 50/1980 de 8 de octubre de contrato de seguro y su normativa de desarrollo
- Ley 20/2015 de 14 de julio de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras y su Reglamento de desarrollo
- Ley 22/2007, de 11 de julio, sobre comercialización a distancia de servicios financieros destinados a los consumidores
- Ley 26/2006, de 17 de julio, de mediación de seguros y reaseguros privados

La jurisdicción competente en caso de controversia y/o litigio, será la del domicilio del asegurado, tal y como establece la Ley de Contrato de Seguro.

11. RÉGIMEN FISCAL

Las primas de seguro de salud están exentas del Impuesto Sobre Primas de Seguro (IPS), con excepción de aquella parte de la prima, en su caso, destinada a cubrir garantías de Asistencia en Viaje.

Con carácter general, las primas abonadas por el presente seguro no dan derecho a ningún beneficio fiscal, no son deducibles en el IRPF, ni dan derecho a deducción o bonificación alguna.

Si el tomador fuese empresario o profesional en régimen de estimación directa por el IRPF, podrá deducirse la prima pagada hasta 500 euros por persona y año natural, computando a estos efectos exclusivamente su propia cobertura, la de su cónyuge y sus hijos/as menores de 25 años que convivan con el tomador.

Si el tomador estuviera asegurando a sus empleados/as, la prima pagada será gasto deducible en su impuesto personal (Impuesto de Sociedades o IRPF). La prima no constituirá retribución en especie del trabajador/a con los mismos límites cuantitativos por persona asegurada y año natural señalados en el párrafo anterior. La cuantía que excediera de estos límites sí se consideraría retribución en especie y estaría sometida al correspondiente ingreso a cuenta.

Las prestaciones de servicios sanitarios obtenidas no se consideran renta en el IRPF del beneficiario/a.