

ASUNTO: *Sobre pólizas de asistencia sanitaria y dental*

Circular número 13/2004, de 29 de diciembre, de la dirección de Recursos Humanos.

Registro General de salida nº.: 48.271

El Consejo General de la ONCE, en sesión celebrada el día 7 de noviembre de 2001, autorizó a la Dirección General para que suscribiera una póliza de asistencia sanitaria con la Compañía Sanitas, S.A. para los trabajadores y pensionistas de jubilación e incapacidad.

En diciembre de 2004, se ha renovado el acuerdo marco suscrito en 2001 con la Compañía Sanitas, S.A. para una vigencia de cinco años.

En virtud de dicha renovación y a fin de dar a conocer las condiciones del acuerdo suscrito y las normas que regulan los derechos y obligaciones de los beneficiarios y, en uso de las facultades que me confiere el apartado. d), del artículo 6.3), del Real Decreto 358/1991, de 15 de marzo, modificado por el Real Decreto 1200/99, de 9 de julio, he resuelto impartir las siguientes instrucciones:

1. NATURALEZA Y ALCANCE

En diciembre de 2001, la ONCE suscribió una póliza de asistencia sanitaria con la empresa Sanitas, S.A., Compañía privada de seguros, de la cual la ONCE es el tomador y los trabajadores, pensionistas y sus beneficiarios incluidos en los grupos 1 y 2 que, voluntariamente opten por su inclusión en la misma, son los asegurados.

Dicha póliza es total y absolutamente independiente de la cobertura pública obligatoria a la que todos los trabajadores y pensionistas tienen derecho y no sustituye en ningún caso a ésta última.

La renovación del acuerdo ONCE-Sanitas, garantiza la continuidad de la prestación sanitaria durante la vigencia del mismo, que inicialmente será de 5 años.

Se mantiene, asimismo, un concierto con la empresa Dentycard, S.A. para la prestación de asistencia odontológica, en los mismos términos en que se venían prestando hasta el momento. Esta asistencia es gratuita para el grupo 1, que más adelante se define.

2. ÁMBITO PERSONAL Y COBERTURA

2.2. GRUPO 1

Constituido por los trabajadores y pensionistas de la ONCE.

a.) Trabajadores

Quedan incluidas las siguientes situaciones:

- Periodos de incapacidad temporal.
- Suspensión del contrato por agotamiento de plazo máximo de incapacidad temporal hasta resolución del Instituto Nacional de la Seguridad Social o finalización de la prórroga de efectos económicos, cuyo máximo periodo, desde el inicio de la incapacidad temporal, es de treinta meses.

- Periodos de suspensión del contrato tras el alta médica con propuesta de incapacidad permanente.
- Situaciones de maternidad.
- Periodos de suspensión de empleo y sueldo.
- Licencia sin retribución de hasta 3 meses de duración.
- Excedencias por maternidad de hasta 12 meses de duración.
- Reincorporaciones tras excedencias de cualquier tipo.

Quedan excluidas las siguientes situaciones:

- Excedencias, sea cual fuere el motivo y la duración, a excepción de lo previsto en el párrafo anterior.
- Trabajadores cuya relación laboral se haya extinguido.
- Toda contratación por tiempo determinado cuya duración inicial no se prevea superior a 3 meses.

Para quienes ingresen al servicio de la ONCE como trabajadores por cuenta ajena, la póliza surtirá efectos el día primero del mes natural siguiente al que haya firmado su solicitud de adhesión, siempre que, como ya se ha reseñado con anterioridad, su contrato se prevea superior a 90 días.

b.) Pensionistas por jubilación o invalidez:

Quedan incluidos todos los pensionistas de jubilación o invalidez siempre que:

- Acrediten un mínimo de 108 meses de actividad laboral en la ONCE, salvo invalidez derivada de accidente de trabajo y,
- Estén en activo en el momento del hecho causante de la pensión.

Tanto en el caso de trabajadores como de pensionistas no podrán volver a adherirse a la póliza, aquellos que hubieren causado baja por renuncia voluntaria a la misma, o incumplimiento de sus obligaciones como usuarios de ella.

c.) Cobertura

- No se exigen periodos mínimos de carencia.
- No se excluyen enfermedades preexistentes.

Se incluyen las condiciones generales de la póliza de asistencia sanitaria, como Anexo nº II a esta Circular, así como su garantía complementaria para asistencia en el extranjero, como Anexo III.

En cuanto a la póliza de asistencia dental concertada con la compañía Dentycard, las siguientes prestaciones son gratuitas:

Diagnóstico Oral: Examen inicial oral y presupuesto. Examen de urgencia. Consulta profesional. Revisiones.

Estomatología Preventiva: Tartrectomía (limpieza de boca). Aplicación tópica de flúor (por sesión). Selladores: Sellado de puntos y fisuras (por diente).

Radiografías: Radiografía periapical. Radiografía oclusal. Radiografía de aleta. Ortopantomografía. Radiografía Lateral (Tele). Radiografía de A.T.M. Serie Radiográfica periodontal.

Cirugía Oral: Extracción dental simple. Extracción complicada y/o sutura. Extracción de cordal semiincluido. Extracción de cordal retenido en tejido óseo (con odontosección y/u osteotomía). Apertura y drenaje de abscesos. Frenectomía. Quistectomía. Cirugía menor (tejidos blandos). Cirugía preprotésica.

El resto de servicios disponen de un baremo de precios máximos que anualmente edita la Compañía.

d.) Primas

Las primas aplicables durante el año 2005 serán de 29,69 euros por persona y mes para los menores de 65 años y de 51,43 euros por persona y mes para los mayores de 65 años.

El importe de las referidas primas será satisfecho por la ONCE en el porcentaje que anualmente se determine, siendo para el año 2005 del cien por cien.

e.) Copago

Cada una de las veces que el Asegurado utilice la tarjeta Sanitas estará obligado a satisfacer al Asegurador la cantidad de 1 euro en concepto de participación en el coste para los servicios de oxigenoterapia y Sanitas 24 horas; 4 € para ingresos hospitalarios;

1 € por cada módulo prescrito de 5 sesiones de rehabilitación; 12 € por preparación al parto y 4 € por asistir a Urgencias Hospitalarias, que pasará a 8 € a partir de la 5ª visita en un mismo trimestre. Resto de servicios 3 €

En años sucesivos, durante la vigencia del contrato, la Compañía Sanitas podrá modificar dichos copagos.

2.2. GRUPO 2

Se trata de un grupo cerrado que no admite nuevas inclusiones.

Se encuentra integrado por aquellos hijos menores de 18 años y parejas de hecho o de derecho de los integrantes del grupo 1 que reunieron en su momento los requisitos para formar parte del mismo, en virtud de lo establecido en la Circular 21/2001 de 18 de diciembre.

a.) Situaciones de exclusión:

- En el caso de los hijos, cumplir 18 años.
- En el caso de las parejas de hecho o de derecho:
 - Haber causado alta en cualquier régimen de la Seguridad Social, con independencia de la duración de la misma.
 - Ser titular de pensiones contributivas o no contributivas, con las únicas excepciones de las de Subsidio de Mínimos y las concedidas por la LISMI.
 - No convivir con el Titular por separación de hecho o de derecho o divorcio.
- Por fallecimiento o pérdida de derecho del trabajador o pensionista titular.

No podrán volver a adherirse a la póliza los incluidos en este grupo que hayan causado baja en la misma por incumplimiento de sus obligaciones como usuario o por renuncia voluntaria como tal.

b.) Cobertura

- No se exigen periodos mínimos de carencia.
- No se excluyen enfermedades preexistentes.

Se incluyen las condiciones generales de la póliza de asistencia sanitaria, como Anexo nº II a esta Circular, así como su garantía complementaria para asistencia en el extranjero, como Anexo III.

En relación con los asegurados que integran este colectivo número 2 y con respecto a la cobertura de Pediatría y Puericultura, ésta se prestará en los siguientes términos:

- Comprende la asistencia a niños hasta cumplir los 14 años de edad en consultorio y la indicación y prescripción de las pruebas y medios diagnósticos básicos (analítica, ecografía y radiografía general) durante los días y horas establecidos al efecto por el facultativo. En los casos urgentes, el asegurado deberá acudir a los centros permanentes de urgencia establecidos por la Entidad Aseguradora, o bien ponerse en contacto con el servicio telefónico que, para este fin, aparece en la Guía Orientadora de Médicos y Servicios.

- Programa de Salud Infantil: Comprende la preparación psicoprofiláctica al parto con clases prácticas y teóricas de Puericultura, Psicología, escuela de padres durante el primer año de vida del niño y exámenes de salud al recién nacido; incluyendo pruebas de metabolopatías, audiometría, test de agudeza visual, ecografía neonatal, así como, un programa de controles de salud en las edades clave del desarrollo durante los cuatro primeros años.

- Cirugía Pediátrica.

- Hospitalización Pediátrica. Se realizará previa prescripción escrita de un médico del Asegurador en los centros que designe el mismo, para la atención de personas menores de 14 años. Incluye tanto la hospitalización convencional como en incubadora (en el último caso, no se incluye cama de acompañante).

c.) Primas

Las primas aplicables durante el año 2005 serán de 29,69 euros por persona y mes para los menores de 65 años y de 51,43 euros por persona y mes para los mayores de 65 años.

El importe de las referidas primas será satisfecho por la ONCE en el porcentaje que anualmente se determine, siendo para el año 2005 del setenta y cinco por ciento. El porcentaje restante será satisfecho por el asegurado.

d.) Copago

Cada una de las veces que el Asegurado utilice la tarjeta Sanitas estará obligado a satisfacer al Asegurador la cantidad de 1 euro en concepto de participación en el coste para los servicios de oxigenoterapia y Sanitas 24 horas; 4 € para ingresos hospitalarios;

1 € por cada módulo prescrito de 5 sesiones de rehabilitación; 12 € por preparación al parto y 4 € por asistir a Urgencias Hospitalarias, que pasará a 8 € a partir de la 5ª visita en un mismo trimestre. Resto de servicios 3 €

En años sucesivos, durante la vigencia del contrato, la compañía Sanitas podrá modificar dichos copagos.

2.3. GRUPO 3

Se encuentra integrado por aquellos asegurados que reunieron en su momento los requisitos para formar parte del mismo, en virtud de lo establecido en la Circular 21/2001 de 18 de diciembre. Únicamente podrán incorporarse como nuevos asegurados a este colectivo, aquéllas personas que, habiendo sido asegurados de los anteriores colectivos 1 y 2, causen baja en los mismos y soliciten su alta en este colectivo dentro de los tres meses inmediatamente siguientes, contados desde su fecha de baja.

Con independencia de que su alta se produzca en el primer, segundo o tercer mes posteriores a su baja como beneficiario de los grupos 1 ó 2, el abono de la prima por parte del nuevo asegurado en este grupo se satisfará desde la fecha en que causó baja de su grupo de origen.

a.) Cobertura

- No se exigen periodos mínimos de carencia.
- No se excluyen enfermedades preexistentes.

Se incluyen las condiciones generales de la póliza de asistencia sanitaria, como Anexo nº II a esta Circular, así como su garantía complementaria para asistencia en el extranjero, como Anexo III.

b.) Primas

Las primas aplicables durante el año 2005 serán de 30,15 € por persona y mes para los menores de 44 años inclusive, de 47,94 € por persona y mes para los mayores de 45 hasta 64 años inclusive y a partir de 65 años 68,16 €.

El importe de las referidas primas será satisfecho por cada uno de los asegurados.

c.) Copago

Cada una de las veces que el Asegurado utilice la tarjeta-Sanitas estará obligado a satisfacer al Asegurador la cantidad de 1 euro en concepto de participación en el coste para los servicios de oxigenoterapia y Sanitas 24 horas; 4 € para ingresos hospitalarios;

1 € por cada módulo prescrito de 5 sesiones de rehabilitación; 12 € por Preparación al parto y 4 € por asistir a Urgencias Hospitalarias, que pasará a 8 € a partir de la 5ª visita en un mismo trimestre. Resto de servicios 3 €.

En años sucesivos, durante la vigencia del contrato, la Compañía Sanitas podrá modificar dichos copagos.

2.4. GRUPOS 4, 5 y 6.

Se incorpora como Anexo nº I a la presente Circular, a título informativo, el Acuerdo Marco de Colaboración Sanitas-Grupo ONCE.

3. MÉDICO ASESOR DE SALUD

A partir del 1 de febrero de 2005, Sanitas, para la prestación de asistencia sanitaria, pone a disposición de todos los usuarios el Médico Asesor de Salud, profesional médico especialista seleccionado de manera muy especial que facilitará la asistencia médica inicial, coordinará los diagnósticos y realizará un seguimiento personalizado del historial clínico, pruebas diagnósticas y tratamientos, así como las prescripciones previas necesarias para acudir a cualquier médico especialista. No será necesario dicha prescripción para las especialidades de toco-ginecología, pediatría-puericultura y podología.

No será necesaria una nueva prescripción del Médico Asesor de Salud para sucesivas consultas a un mismo especialista, hasta un total de cinco y siempre que las mismas se realicen en un periodo máximo de seis meses consecutivos a contar desde la fecha de la prescripción realizada por el Médico Asesor de Salud.

La ubicación del Médico Asesor de Salud ha sido cuidadosamente estudiada en función del número de socios de las Pólizas y sus códigos postales, con el fin de garantizar proximidad a los socios, un amplio horario de consulta, sin cita previa, teniendo en cuenta, además, que este servicio no tiene copago. Su ubicación para cada Provincia y Municipio vendrá reflejada en la Guía Orientadora de Médicos y Servicios que la Compañía Sanitas remitirá al domicilio de cada Asegurado.

Los Médicos de Empresa de la ONCE tendrán todas las mismas facultades que el Médico Asesor de Salud.

4. CONFIDENCIALIDAD Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

La ONCE, Sanitas y Dentycard, aseguran el secreto absoluto de los documentos y conocimientos transmitidos bajo confidencia, estando expresamente prohibido revelar, difundir o publicar, bajo cualquier forma, sin la previa autorización escrita de las partes, cualquier información comunicada que no sea del dominio público, tanto durante la vigencia del acuerdo, como en todo momento tras su expiración.

En virtud de la relación de servicios de aseguramiento de asistencia sanitaria privada que presta Sanitas a las personas que se incluyen dentro de los colectivos vinculados a la ONCE, que se beneficiarán del presente acuerdo, Sanitas tendrá acceso a los datos de los asegurados incluidos en dichos colectivos -clientes a su vez de Sanitas-, bien porque se los haya facilitado la ONCE, bien porque se los haya comunicado el propio asegurado o un tercero, con la finalidad de: llevar a cabo la prestación de los servicios objeto del contrato de seguro entre el asegurado y Sanitas, satisfacer en su caso la cobertura de los mismos, valorar el riesgo, atender sus quejas o reclamaciones, prevenir el fraude, así como para los fines para los que dicha entidad aseguradora o la ONCE han recabado, según sea el caso, el consentimiento en su solicitud de seguro.

Todos los datos personales relativos al tomador y asegurados incluidos en la póliza de asistencia sanitaria y dental, serán incorporados a ficheros titularidad de Sanitas y Dentycard, respectivamente, siendo su finalidad la de servir a las actividades propias de estas Compañías, la efectividad de las relaciones contractuales y la prevención del fraude.

Con el exclusivo objeto de prevenir el fraude, los asegurados consienten expresamente en que sean conservados por Sanitas los datos estrictamente necesarios para este fin aunque se haya extinguido la relación contractual y en su caso, puedan ser cedidos a otras entidades aseguradoras con las que el asegurado suscriba o pretenda suscribir un contrato de seguro. Igualmente consiente, en que dentro de los tres meses siguientes a la baja de cada respectivo asegurado, Sanitas pueda dirigirse al mismo para conocer los motivos de su baja y ofrecerle, en su caso, un producto que se adopte mejor a sus necesidades.

Los socios de Sanitas pueden 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 escrita dirigida al Departamento de Relaciones

con Clientes de SANITAS S.A. DE SEGUROS, C/ Ribera del Loira nº 52, 28042 de Madrid.

De igual forma, los asegurados por Dentycard, S.A., que deseen ejercer los derechos que le correspondan en cuanto a sus datos personales, podrán hacerlo dirigiéndose a la siguiente dirección: Dentycard, S.A., C/ Príncipe de Vergara, nº 39, 28001 de Madrid.

Sanitas y Dentycard, respecto a los ficheros de los que son responsables, manifiestan que han adoptado las medidas de seguridad que son de aplicación en función de los datos que contengan los ficheros, de conformidad con lo establecido en el Reglamento de Medidas de Seguridad de los Ficheros Automatizados que Contengan Datos de Carácter Personal, aprobado por Real Decreto 994/1999, de 11 de junio, con objeto de garantizar la seguridad de los datos de carácter personal y evitar su alteración, tratamiento o acceso no autorizado. Asimismo, se comprometen a adoptar cuantas medidas de seguridad sean exigidas por las leyes y reglamentos destinadas a preservar el secreto, confidencialidad e integridad en el tratamiento de datos personales.

5. TRAMITES ADMINISTRATIVOS

Todas las gestiones relativas a Altas y Bajas en los Grupos 1 y 2 se realizarán a través de la Aplicación Informática de Censo de Sociedades Médicas, perfil LD-AAAG2, debiéndose realizar a través de ella todas las incidencias que pudieran surgir, tales como renunciaciones, rehabilitación de un Titular o Beneficiarios, etc.

En general, salvo subsanación de algún error producido en la Gestión del Censo, las bajas y/o altas, surtirán efecto el día primero del mes natural siguiente a aquel en el que se produce el hecho que la origina, manteniéndose, para las bajas, por consiguiente, el derecho a la asistencia hasta el último día del mes natural en el que tiene lugar el hecho que la motiva.

Las solicitudes de Adhesión al Grupo 1 se obtendrán de la Aplicación Informática. Una vez firmadas se procederá a su confirmación en la misma. Es obligatorio consignar el número de cuenta bancaria del nuevo asegurado.

Para las solicitudes de baja por Renuncia del Titular o de los Beneficiarios habrá de tenerse en cuenta que la “baja voluntaria” de un beneficiario acarrea la del resto de beneficiarios, así como la del Titular supondrá la baja de todo el grupo familiar.

En las solicitudes de Renuncia se procederá de igual forma que se ha definido para las de alta. Una vez confirmadas en la aplicación informática, se continuará su procedimiento de remisión a la Dirección General mediante el Zoom de Tramitar.

Todas las solicitudes originales de Renuncia y/o Alta, una vez firmadas por el Titular, serán remitidas a la Dirección de Recursos Humanos, Departamento de Gestión Sanitaria y Salud Laboral.

Una vez la solicitud de Adhesión del asegurado ha sido aceptada por las Compañías Sanitas o Dentycard, cualquier cambio en los datos personales será comunicado directamente a las mencionadas Compañías por el propio interesado.

Las solicitudes de Alta y/o Baja, así como cualquier cambio en los datos personales de los asegurados al Grupo 3, se realizarán directamente con la Compañía Sanitas, mediante comunicación telefónica o personación en sus Oficinas.

Cualquier supuesto de los contemplados en esta normativa que implique la pérdida de derecho del Titular y/o sus beneficiarios, será consignada como incidencia y tramitada en la aplicación de Censo de Sociedades Médicas, a fin de proceder a la comunicación a las Compañías Aseguradoras y, consiguientemente, a la extinción de sus Pólizas.

Con independencia de los movimientos mensuales que se vayan produciendo y a fin de verificar el censo de usuarios, en el mes de enero de cada año, los centros de la ONCE presupuestariamente autónomos, a la vista de la documentación aportada por los usuarios, durante el mes de diciembre anterior, confeccionará y remitirá a la Dirección de Recursos Humanos una relación nominal de las personas respecto de las cuales se propone la baja en la póliza por haber cesado en el cumplimiento de alguna de las condiciones requeridas para cada caso.

La documentación que se solicitará en diciembre de cada año es la siguiente:

- Pensionistas:
 - Acreditación de vida. Esta documentación puede ser sustituida, exclusivamente a estos efectos, mediante la personación del interesado en el centro de la ONCE de que se trate, con exhibición de su D.N.I.
- Cónyuges y parejas de hecho:
 - Certificado de convivencia o empadronamiento con el titular del derecho.
 - Certificado de vida laboral.
 - Certificado negativo de pensiones.

La no aportación por los interesados de la documentación requerida en los plazos previstos determinará automáticamente la exclusión de la póliza.

DISPOSICIÓN ADICIONAL

La publicación de los documentos que se adjuntan como anexos a esta Circular se realiza con intención meramente informativa, tanto en su versión reprográfica como en la transcripción electrónica que en su caso se realice para su incorporación a las aplicaciones corporativas, sin perjuicio del carácter contractual de los originales firmados y custodiados en los archivos de la Organización.

DISPOSICIÓN DEROGATORIA

Queda derogada la Circular 21/2001 de 18 de diciembre de 2001.

DISPOSICIÓN FINAL

La presente norma entrará en vigor el día 1 de enero de 2005.

EL DIRECTOR GENERAL

p.a.

EL DIRECTOR GENERAL ADJUNTO DE ECONOMÍA Y JUEGO

César Palacios García

SRES. DIRECTORES GENERALES ADJUNTOS, DIRECTOR DE ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE RECURSOS GENERALES, DIRECTORES EJECUTIVOS, DELEGADOS TERRITORIALES, DIRECTORES ADMINISTRATIVOS Y DE CENTRO DE ESTE ORGANISMO.

Anexo I

***ACUERDO MARCO DE COLABORACIÓN
SANITAS- GRUPO ONCE***

En Madrid, a 3 de diciembre de 2004.

REUNIDOS

DE UNA PARTE, D. PABLO JUANTEGUI AZPILICUETA, con N.I.F. nº 15.951.672-E, con domicilio a estos efectos en Madrid, calle Ribera del Loira nº 52, 28042 Madrid Y DE OTRA PARTE, D. ANGEL RICARDO SANCHEZ CÁNOVAS, con N.I.F nº 74.179.124 F con domicilio a estos efectos en Madrid, calle Prado nº 24, 28014 Madrid

Y, D. ENRIQUE SERVANDO SÁNCHEZ GONZÁLEZ, con N.I.F. 24.085.589 N con domicilio a estos efectos en Madrid, calle Pechuán nº 1, 28002 Madrid

Y, D. ALBERTO DURÁN LÓPEZ, con N.I.F. 32.654.696 D con domicilio a estos efectos en Madrid, calle Sebastián Herrera nº 15, 28012 Madrid

COMPARECEN

El primero, en nombre y representación de la entidad mercantil "SANITAS, S.A. DE SEGUROS" (en adelante, "SANITAS"), con número de identificación fiscal A-28037042, domiciliada en Madrid, calle Ribera del Loira nº 52 e inscrita en el Registro Mercantil de Madrid al tomo 7238 folio 1 hoja número M-117337 inscripción 100-3 en su condición de Consejero Delegado de dicha Sociedad, cargo para el que fue designado por acuerdo adoptado por el Consejo de Administración en su reunión de fecha 14 de septiembre de 2004 elevado a público mediante escritura otorgada ante el Notario de Madrid D. Fernando de la Cámara García el día 22 de septiembre de 2004 con el número 2.364 de su protocolo.

El segundo, en nombre y representación de la Organización Nacional de Ciegos Españoles, O.N.C.E., Corporación de Derecho Público, creada por Decreto de 13 de diciembre de 1938, y que se rige en la actualidad por el Real Decreto 358/1991, de 15 de marzo, modificado por el Real Decreto 1200/1999, de 9 de julio. Interviene en su condición de Director General de la misma, nombrado mediante acuerdo del Pleno del Consejo General de la Organización Nacional de Ciegos en su sesión ordinaria celebrada el día 22 de abril de 2003, según consta en escritura de protocolización de acuerdos otorgada ante el Notario de Madrid D. Antonio Crespo Monerri, el día 24 de abril de 2003-, bajo el número 1.561 de su protocolo, habiendo resultado el anterior acuerdo ratificado sesión extraordinaria del Consejo General de la ONCE de fecha 9 de julio de 2003, según consta en escritura de protocolización de acuerdos otorgada ante el Notario de Madrid Don Antonio Crespo Monerri día 14 de julio de 2003, bajo el número 2.635 de su protocolo.

El tercero, en nombre y representación de la sociedad CORPORACIÓN EMPRESARIAL ONCE, S.A. (Sociedad Unipersonal) (en adelante CORPORACIÓN EMPRESARIAL ONCE), domiciliada en Madrid, calle Pechuán nº 1, e inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, Tomo 3257 general, sección 8ª, folio 138, hoja M-55.405 y con C.I.F. A-78792231. Interviene en su condición de Consejero Delegado, en virtud de los Acuerdos adoptados por el Consejo general de la ONCE en su sesión de fecha 9 de Julio de 2.003 según consta en escritura de protocolización de acuerdos otorgada ante el Notario de Madrid Don Antonio Crespo Monerri el día 17 de Julio de 2.003, bajo el número 2637/03 de su protocolo.

El cuarto, en nombre y representación de la FUNDACION ONCE PARA LA COOPERACION E INTEGRACION SOCIAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD (en adelante FUNDACIÓN ONCE), entidad aprobada y calificada por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales el día 2 de Agosto de 1.998 como de carácter Benéfico Asistencial, erigida por acuerdo del Consejo General de la ONCE de fecha 8 de Enero de 1988, con domicilio en Madrid, calle Sebastián Herrera nº 15 y con C.I.F. G-78661923. Interviene en su condición de Vicepresidente Ejecutivo, en virtud del Acuerdo 3E / 2003 - 4.3 adoptado por el Patronato de la Fundación Once en su sesión de fecha 10 de Julio de 2003 según consta en escritura de protocolización de acuerdos otorgada ante el Notario de Madrid Don Antonio Crespo Monerri el día 25 de Septiembre de 2.003, bajo el número 3257/03 de su protocolo.

Reconociéndose las Partes capacidad legal suficiente para la firma del presente Acuerdo,

EXPONEN

I.- Que SANITAS como primera compañía privada del sector asegurador de salud y la ONCE en su calidad de la primera institución española en defensa integral y representación de los derechos de los discapacitados formalizaron con fecha 19 de diciembre de 2001, un acuerdo de colaboración en virtud del cual SANITAS actúa como aseguradora de salud de diversos colectivos dependientes de la ONCE, en condiciones muy beneficiosas para los mismos. Dicho Acuerdo se extendió con fecha 1 de Junio de 2.002 a otros colectivos dependientes del Grupo ONCE con condiciones similares en algunos casos a las contenidas en el acuerdo Sanitas – ONCE citado.

II.- Que las Partes desean formalizar un nuevo contrato en sustitución del ya indicado en el expositivo anterior, de fecha 1 de junio de 2002, el cual por tanto queda extinguido a todos los efectos a partir de la fecha de entrada en vigor del presente contrato, que se regulará de conformidad con lo establecido en las siguiente

ESTIPULACIONES

PRIMERA.- OBJETO DEL ACUERDO

El Grupo ONCE, como consecuencia de las negociaciones a las que se ha hecho mención en los expositivos anteriores de este documento, suscribe el presente acuerdo con Sanitas en beneficio de diversos colectivos de personas vinculados a dicho Grupo y cuyo alcance, contenido y determinación serán objeto de detalle más adelante.

El objeto del presente contrato es regular, los términos y condiciones que resultarán de aplicación a los colectivos de asegurados expresamente indicados en la siguiente estipulación SEGUNDA a partir del 1 de enero de 2005, resultando como condiciones generales aplicables a todos ellos, las que se adjuntan al presente

contrato como anexo nº 1, respecto a los colectivos nº 4 y 5 y Anexo nº 2 respecto al colectivo nº 6, quedando sin efecto ni validez alguna las anteriores condiciones aplicables a dichos colectivos, reguladas en el acuerdo de fecha 1 de junio de 2002, indicado en el expositivo I, y, en su caso, en cualquier otro documento anterior al presente contrato, que se oponga a lo establecido en el mismo o en uno cualquiera de su anexos.

La ONCE comparece en el presente documento con la única intención de facilitar la extensión del Convenio que tiene suscrito con SANITAS a otros colectivos de su Grupo, salvando a estos únicos efectos la cláusula de confidencialidad que se contiene en el Convenio y sin que se pueda derivar para ella ninguna obligación, ya que los compromisos que se contraen únicamente se refieren a SANITAS, de una parte y, de otra a la FUNDACIÓN ONCE y CORPORACIÓN EMPRESARIAL ONCE.

SEGUNDA.- COLECTIVOS ENCUADRADOS EN EL ACUERDO

Los colectivos vinculados a la ONCE que se beneficiaran del presente acuerdo son los siguientes:

a) Colectivo 4.-

- Los trabajadores en activo que pertenezcan a la CORPORACIÓN ONCE así como a cualquiera de sus empresas.
- Trabajadores en activo, que pertenezcan a la FUNDACIÓN ONCE y a cualquiera de sus empresas
- Trabajadores afiliados a la ONCE que trabajen en cualquier empresa y/o Administración Pública.
- Cualquier trabajador afiliado que ejerza su actividad como autónomo.
- Los trabajadores de la Federación Española de Deportes para Ciegos.
- Los trabajadores de la Fundación del Perro-Guía.

b) Colectivo 5.-

- Los cónyuges y/o parejas de hecho de cualquiera de los trabajadores contemplados en el Grupo 4.
- Los hijos de cualquiera de los trabajadores establecidos en el Grupo 4, bien sean propios, aportados por uno de los miembros de la pareja, adoptados, en acogida, siempre que convivan bajo el mismo techo y a sus expensas.
- Los cónyuges y/o parejas de hecho e hijos de trabajadores de la ONCE, no contemplados en los Grupos 2 y 3, cuya composición se contiene en el contrato de tres de Diciembre de 2.004 SANITAS y ONCE.

c) Colectivo 6.-

- Todos los afiliados a la ONCE sin actividad, que no estén incluidos en cualquiera de los grupos anteriores, así como sus cónyuges o parejas de hecho e hijos convivientes bajo la misma unidad familiar.

TERCERA.- CONDICIONES GENERALES Y GUIA ORIENTADORA DE SERVICIOS

Las condiciones generales aplicables a los colectivos número 4 y 5 expresamente indicados en la anterior estipulación SEGUNDA son las que se adjuntan como Anexo 1 al presente contrato, el cual debidamente firmado forma parte integrante del mismo.

La FUNDACIÓN ONCE y CORPORACIÓN EMPRESARIAL ONCE no responderán en ningún caso del incumplimiento por parte de los asegurados, de las obligaciones que correspondan a éstos según las Condiciones Generales y Particulares de las pólizas que serán contratadas en cada caso directamente por los asegurados de los colectivos números 4,5 y 6.

Se acompañan como Anexo nº 2 las condiciones generales SANITAS MULTI aplicables al colectivo nº 6 y como Anexo nº 3 las condiciones de asistencia de urgencias en el extranjero concertadas con Europe Assistance aplicables a los colectivos nº 4, 5, y 6.

Teniendo en cuenta que en el colectivo de asegurados hay un número importante de invidentes ambas partes tratarán de alcanzar acuerdos que permitan poner a disposición de dichos asegurados la guía orientadora de médicos y servicios en sistema braille.

CUARTA.- CONDICIONES PARTICULARES DE CADA COLECTIVO

Las Condiciones Particulares que ambas partes han acordado para cada uno de los colectivos mencionados en la Estipulación Segunda son las siguientes:

A) COLECTIVO Nº 4

- Las primas aplicables durante el año 2005 serán de 36,64 euros por persona y mes para los menores de 44 años inclusive, de 45,34 euros por persona y mes para los mayores de 45 hasta 64 años inclusive y a partir de 65 años 71,41 euros.

Se trata de primas netas sobre las que se aplicarán los impuestos legalmente repercutibles.

El importe de la totalidad de las referidas primas será satisfecho por los asegurados.

Cada una de las veces que el Asegurado utilice la tarjeta-Sanitas estará obligado a satisfacer al Asegurador la cantidad de 1 euro en concepto de participación en el coste de los servicios para los servicios de oxigenoterapia; 4 € para ingresos hospitalarios; 1 € por cada módulo prescrito de 5 sesiones de rehabilitación; 12 € por preparación al parto y 4 € por asistir a Urgencias Hospitalarias, que pasará a 8 € a partir de la 5ª visita en un mismo trimestre. Resto de servicios 3€.

B) COLECTIVO Nº 5

- Las primas aplicables durante el año 2005 serán de 29´06 euros por persona y mes para los menores de 44 años inclusive, de 37,98 euros por persona y mes para los mayores de 45 hasta 64 años inclusive y a partir de 65 años 60,58 euros.

Se trata de primas netas sobre las que se aplicarán los impuestos legalmente repercutibles.

El importe de la totalidad de las referidas primas será satisfecho por los asegurados.

- Única y exclusivamente en relación con los asegurados que integren este colectivo nº 5 y con respecto a la cobertura de Pediatría y Puericultura la misma se considerará incluida en la Cláusula I c) denominada Descripción de los Servicios, de las Condiciones Generales adjuntadas al presente contrato como Anexo 1, dicha cobertura se prestará en los siguientes términos:

1. Comprende la asistencia a niños hasta cumplir los 14 años de edad en consultorio exclusivamente y la indicación y prescripción de las pruebas y medios diagnósticos básicos (analítica, ecografía y radiografía general) durante los días y horas establecidos al efecto por el facultativo. En los casos urgentes el asegurado deberá acudir a los centros permanentes de urgencia establecidos por la Entidad Aseguradora, o bien ponerse en contacto con el servicio telefónico que para este fin aparece en la Guía Orientadora de Médicos y Servicios.

2. Programa de Salud Infantil. Comprende la preparación psicoprofiláctica al parto con clases prácticas y teóricas de Puericultura, Psicología, escuela de padres durante el primer año de vida del niño y exámenes de salud al recién nacido, incluyendo pruebas de metabolopatías, audiometría, test de agudeza visual, ecografía neonatal, así como un programa de controles de salud en las edades clave del desarrollo durante los cuatro primeros años.

3. Cirugía Pediátrica.

4. Hospitalización Pediátrica. Se realizará previa prescripción escrita de un médico del Asegurador en los centros que designe el mismo, para la atención de personas menores de 14 años. Incluye tanto la hospitalización convencional como en incubadora (en el último caso, no se incluye cama de acompañante).

Cada una de las veces que el Asegurado utilice la tarjeta-Sanitas estará obligado a satisfacer al Asegurador la cantidad de 1 euro en concepto de participación en el coste de los servicios para los servicios de oxigenoterapia; 4 € para ingresos hospitalarios; 1 € por cada módulo prescrito de 5 sesiones de rehabilitación; 12 € por Preparación al parto y 4 € por asistir a Urgencias Hospitalarias, que pasará a 8 € a partir de la 5ª visita en un mismo trimestre. Resto de servicios 3€.

C) COLECTIVO Nº 6

Las primas aplicables durante el año 2005 serán de :

EDAD	HOMBRE	MUJER
0 - 2	50,63 €	49,73 €
3 - 10	43,07 €	42,67 €
11 - 19	41,18 €	40,69 €
20 - 24	42,96 €	55,33 €
25 - 29	42,89 €	55,50 €
30 - 34	43,40 €	57,59 €
35 - 39	43,55 €	57,32 €
40 - 44	44,15 €	56,25 €

45 - 54	62,68 €	66,57 €
55 - 59	68,23 €	70,45 €
60 - 64	107,04 €	100,25 €
65 - 69	108,77 €	104,43 €
70 - 74	120,92 €	107,83 €
75 - 99	123,11 €	109,89 €

Se trata de primas netas sobre las que se aplicaran los impuestos legalmente repercutibles.

El importe de la totalidad de las referidas primas será satisfecho por los asegurados.

Cada una de las veces que el Tomador y/o Asegurado utilice la tarjeta-Sanitas estará obligado a satisfacer al Asegurador las cantidades en concepto de participación en el coste de los servicios vigentes en cada momento para el producto Sanitas Multi.

QUINTA.- DURACIÓN DEL ACUERDO

El presente Acuerdo Marco y por consiguiente las pólizas de seguro adscritas al mismo se contratan para un periodo máximo de 5 años naturales a contar desde el 1 de enero de 2005, obligándose las partes contratantes voluntariamente a no oponerse a la prórroga de este contrato y de dichas pólizas para los dos primeros años de su vigencia. El presente contrato y las pólizas de seguro adscritas al mismo se prorrogarán automáticamente para el tercer año natural y sucesivos salvo que una cualquiera de las partes se oponga a la prórroga de los mismos, mediante notificación escrita a la otra, efectuada con una antelación no inferior a seis meses respecto al día 31 de diciembre del año natural de que se trate.

SEXTA.- NUEVAS ALTAS.-

Cualquier nuevo usuario de cualquiera de los colectivos nº 4, 5 y 6 que se genere a partir del 1 de Enero de 2005, ya por su nueva incorporación a alguna de las empresas contempladas expresamente indicadas en el encabezamiento, nuevos nacimientos, nuevos afiliados, dispondrá de un mes para su adhesión a la póliza en las condiciones pactadas en el presente documento.

SÉPTIMA.- MODIFICACION DE LAS PRIMAS

Durante la vigencia del presente Acuerdo, SANITAS podrá modificar anualmente las primas en función de la siniestralidad que presente el colectivo aplicando a cada vencimiento anual los siguientes porcentajes de incremento:

Siniestralidad <70%	IPC SANITARIO
Siniestralidad entre 70% y 80%	IPC SANITARIO +1%
Siniestralidad entre 80% y 90%	IPC SANITARIO +2%
Siniestralidad entre 90% y 100%	IPC SANITARIO +3%
Siniestralidad > 100%	NEGOCIACION POR LAS PARTES

Se entenderá por Siniestralidad

La cuantía de los siniestros pagados durante el año más la provisión para siniestros pendientes de pago, liquidación o declaración al final de la anualidad y deducida la provisión al final de la anualidad anterior, dividido por el importe de las

primas cobradas. En el supuesto de que el incremento de la prima exceda el IPC SANITARIO, SANITAS deberá facilitar al Grupo ONCE la información necesaria para acreditar la siniestralidad del colectivo.

El IPC SANITARIO que se considerará será el anual de la rúbrica “Servicios médicos y similares” publicado por el Instituto Nacional de Estadística.

Una vez acreditada dicha siniestralidad, en el caso de superar el 100 % y no alcanzarse un acuerdo entre las partes, la cobertura contractual quedará extinguida una vez transcurridas seis mensualidades contadas de fecha a fecha desde el momento en que una cualquiera de las partes haya manifestado a la otra por escrito con acuse de recibo su desacuerdo.

OCTAVA.- CONFIDENCIALIDAD Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Las partes aseguran el secreto absoluto de los documentos y conocimientos transmitidos bajo confidencia, estando expresamente prohibido revelar, difundir o publicar, bajo cualquier forma, sin la previa autorización escrita de ambas partes, cualquier información comunicada que no sea del dominio público, tanto durante la vigencia del acuerdo, como en todo momento tras su expiración.

En virtud de la relación de servicios de aseguramiento de asistencia sanitaria privada que presta SANITAS a las personas que se incluyen dentro de los colectivos vinculados a la ONCE que se beneficiaran del presente acuerdo, SANITAS tendrá acceso a los datos de los asegurados incluidos en dichos colectivos -clientes a su vez de SANITAS- bien porque se los haya facilitado la ONCE en virtud del presente acuerdo bien porque se los haya comunicado el propio asegurado o de un tercero, con la finalidad de llevar a cabo la prestación de los servicios objeto del contrato de seguro entre el asegurado y SANITAS, satisfacer en su caso la cobertura de los mismos, valorar el riesgo, atender sus quejas o reclamaciones, prevenir el fraude, así como para los fines para los que dicha entidad aseguradora ha recabado en su caso, el consentimiento en su solicitud de seguro.

Todos los datos personales relativos al tomador y asegurados incluidos en la póliza de asistencia sanitaria serán incorporados a ficheros, titularidad de SANITAS siendo su finalidad la de servir a las actividades propias de esta compañía, la efectividad de las relaciones contractuales y la prevención del fraude. Con el exclusivo objeto de prevenir el fraude, los asegurados consienten expresamente en que sean conservados por SANITAS los datos estrictamente necesarios para este fin aunque se haya extinguido la relación contractual y en su caso, puedan ser cedidos a otras entidades aseguradoras con las que el asegurado suscriba o pretenda suscribir un contrato de seguro. Igualmente consiente en que dentro de los tres meses siguientes a la baja de cada respectivo asegurado SANITAS pueda dirigirse al mismo para conocer los motivos de su baja y ofrecerle en su caso un producto que se adopte mejor a sus necesidades

Los socios de SANITAS pueden 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 escrita dirigida al Departamento de Relaciones con Clientes de SANITAS S.A. DE SEGUROS, C/ Ribera del Loira nº 52, 28042 de Madrid.

SANITAS SEGUROS, respecto a los ficheros de los que es responsable, manifiesta que ha adoptado las medidas de seguridad que sean de aplicación en función de los datos que contengan los ficheros, de conformidad con lo establecido en el Reglamento de Medidas de Seguridad de los Ficheros Automatizados que Contengan Datos de Carácter Personal, aprobado por Real Decreto 994/1999, de 11 de junio, con objeto de garantizar la seguridad de los datos de carácter personal y evitar su alteración, tratamiento o acceso no autorizado, así como a adoptar en el futuro, cuantas medidas de seguridad sean exigidas por las leyes y reglamentos destinadas a preservar el secreto, confidencialidad e integridad en el tratamiento de datos personales.

NOVENA.- COMITÉ DE SEGUIMIENTO

Con el fin de consensuar las posibles divergencias que puedan acaecer durante la vigencia de este Acuerdo, ambas partes se comprometen a crear un comité de seguimiento. Dicho comité estará integrado por cuatro personas, dos designadas por SANITAS y dos por el Grupo ONCE.

El comité se reunirá con una periodicidad trimestral, sin perjuicio de que por causas que aconsejen su convocatoria con carácter urgente o extraordinario, cualquiera de las Partes proceda a convocarlo previa comunicación a la otra parte con un plazo de preaviso de diez días.

El plazo de resolución de conflictos será, con carácter general, de quince días desde que tuviera lugar la reunión del mismo que conociera de los asuntos conflictivos.

DÉCIMA.- COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES

Cualesquiera notificaciones y comunicaciones que puedan o deban ser realizadas por y entre las Partes en relación con el presente Acuerdo, se harán por escrito y deberán ser (a elección de la Parte que deba dar tal notificación): (i) entregadas personalmente, (ii) enviadas por correo certificado con acuse de recibo, o (iii) transmitidas por facsímil, confirmadas por correo, a las siguientes direcciones:

Si van dirigidas a SANITAS, a la atención de D. Manuel Vilches Martínez y/o D. Carlos Domínguez Ruiz a la siguiente dirección: C/ Ribera del Loira nº 52, 28042 Madrid, o al número de fax: 91.585.24.15.

Si van dirigidas a la CORPORACIÓN EMPRESARIAL ONCE, a la atención de la Dirección y Organización de RRHH, a la siguiente dirección: calle Pechuán nº 1, 28002, Madrid.

Si van dirigidas a la FUNDACIÓN ONCE, a la atención de la Secretaría General, a la siguiente dirección: calle Sebastián Herrera nº 15, 28012 Madrid.

Todas las notificaciones u otras comunicaciones serán consideradas válidamente realizadas: (i) en la fecha de su entrega, si son entregadas personalmente, (ii) en la fecha del acuse de recibo en caso de haber sido enviadas por correo, (iii) en la fecha en que una copia legible sea recibida por el destinatario, si han sido transmitidas por facsímil; no obstante lo anterior, si la copia legible es recibida por el destinatario después de las siete de la tarde, se considerará realizada válidamente el día siguiente.

Si alguna notificación o comunicación se recibiera por la Parte receptora en un día inhábil en el domicilio de recepción, dicha comunicación se entenderá recibida el siguiente día hábil en dicho domicilio.

Solamente se considerarán recibidas las notificaciones enviadas a las direcciones y en la forma anteriormente indicada. La notificación de cambio de domicilio sólo tendrá validez una vez recibida.

DECIMOPRIMERA.- OTRAS FORMULAS DE COLABORACIÓN

Sanitas y el GRUPO ONCE, de forma adicional al presente acuerdo, se comprometen a estudiar y analizar en detalle otras posibles fórmulas de colaboración conjunta en diferentes áreas relacionadas con sus respectivos objetivos sociales, con el proyecto común de alcanzar futuros acuerdos cuyos términos se concretarán, en su caso, una vez finalizados los estudios y análisis necesarios por ambas partes.

DECIMOSEGUNDA.- LEGISLACIÓN APLICABLE Y ARBITRAJE

El presente contrato y toda controversia que pudiera surgir como consecuencia del mismo, se regirá por las leyes españolas aplicables.

Las Partes intervinientes acuerdan que todo litigio, discrepancia, cuestión o reclamación resultantes de la ejecución o interpretación del presente Acuerdo o relacionados con él, se resolverán definitivamente mediante arbitraje de derecho en el marco de la Corte de Arbitraje de Madrid de la Cámara Oficial de Comercio e Industria de Madrid a la que se encomienda la administración del arbitraje de acuerdo con su Reglamento y Estatutos.

En cuanto a la designación de los árbitros, serán de aplicación las siguientes reglas:

El arbitraje se desarrollará con la intervención de un árbitro designado de mutuo acuerdo por las Partes en el plazo de cinco días hábiles desde el planteamiento de la controversia.

En caso de no existir acuerdo sobre la designación de un único árbitro en el plazo señalado, el arbitraje se desarrollará con la intervención de tres árbitros, de los cuales dos serán designados, respectivamente, por cada una de las Partes y el tercero será designado de común acuerdo por los árbitros nombrados por cada Parte. Cuando no haya acuerdo entre los árbitros designados por cada Parte para el nombramiento del tercer árbitro, su designación corresponderá al Presidente de la Cámara Oficial de Comercio e Industria de Madrid.

Igualmente las Partes hacen constar expresamente su compromiso de cumplir el laudo arbitral que se dicte.

Y en prueba de conformidad y aceptación con el contenido del presente Acuerdo Marco, las Partes intervinientes lo firman por duplicado en el lugar y fecha que figura en el encabezamiento

SANITAS, SOCIEDAD ANÓNIMA

DE SEGUROS

Pablo Juantegui Azpilicueta

CORPORACIÓN ONCE

Enrique Servando Sánchez González

ORGANIZACIÓN NACIONAL DE CIEGOS

ESPAÑOLES

Angel Ricardo Sánchez Cánovas

FUNDACIÓN ONCE

Alberto Durán López

Anexo II

CONTENIDOS

CLÁUSULA PRELIMINAR

DEFINICIONES

I OBJETO DEL SEGURO

II RIESGOS EXCLUIDOS

III DURACIÓN DEL SEGURO

IV PRIMAS DEL SEGURO

V OBLIGACIONES Y DEBERES DEL TOMADOR Y/O ASEGURADO

VI DERECHOS DEL TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO

VII OBLIGACIONES DEL ASEGURADOR

VIII DUPLICADO DE PÓLIZA

IX LIBRO DE RECLAMACIONES

X SUBROGACIÓN

XI PRESCRIPCIÓN

XII COMUNICACIONES

XIII CONTROL E INSTANCIAS DE RECLAMACIÓN

XIV JURISDICCIÓN

Sociedad Anónima de Seguros

C.I.F. A-28037042

Registrada en la Dirección General de Planificación y Coordinación del Ministerio de Sanidad

y Consumo con el número 36 y convalidada en

18 de octubre de 1958. Inscrita el 10 de febrero de 1958 en el Registro

de la Dirección General de Seguros con el número C-320.

Entidad domiciliada en España e inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, hoja 4.530,

folio 43, tomo 1.241, libro 721, secc. 3ª, Insc. 1ª.

Capital Social y desembolsado:

17.330.836,32 €

Ramos en que opera:

ENFERMEDAD (ASISTENCIA SANITARIA) Y ACCIDENTES

SEGURO DE ENFERMEDAD

Domicilio Social: Ribera del Loira, 52. 28042 Madrid

Teléfonos:

Atención al cliente / Autorización telefónica de servicios 902 10 24 00

Urgencias 24 horas 902 10 36 00

Fax: 91 585 87 00

Página webwww.isanitas.com

*1 € = 166,386 pta.

¿QUÉ SON LAS CONDICIONES GENERALES?

ES EL TEXTO EN EL QUE SE REFLEJAN TODAS LAS OBLIGACIONES Y DERECHOS DE LOS ASEGURADOS Y DE SANITAS.

CLÁUSULA PRELIMINAR

El presente contrato se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de octubre de Contrato de Seguro, por la Ley 30/95 de 8 de noviembre, de Ordenación y Supervisión de los seguros privados y su Reglamento de desarrollo (Real Decreto nº 2486/98 de 20 de noviembre) y por lo convenido en las presentes Condiciones Generales y en las Particulares, sin que tengan validez las cláusulas limitativas de los derechos de los Asegurados que no sean específicamente aceptadas por los mismos por escrito. No requerirán dicha aceptación las meras transcripciones o referencias a preceptos legales o reglamentarios imperativos.

DEFINICIONES

A los efectos de este contrato se entiende por:

ACCIDENTE

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

ASEGURADO

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

ASEGURADOR O ENTIDAD ASEGURADORA

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

ATENCIÓN ESPECIAL EN DOMICILIO

Asistencia del médico generalista o de familia y de ATS o DUE al Asegurado en el domicilio que figura en la Póliza, cuando la patología del enfermo requiera cuidados especiales sin llegar a precisar ingreso hospitalario y siempre previa prescripción del médico. No incluye los gastos generados por asistencia de tipo social, hostelería, lencería, alimentación, medicación, monitorización, material sanitario y cuidados no específicos del médico general, ATS o DUE, ni la permanencia continuada de los profesionales sanitarios en el domicilio del Asegurado.

BENEFICIARIO

Tendrá esta condición el Asegurado que ha de recibir la prestación del Asegurador, en caso de producirse el siniestro.

CONSULTA

Relación asistencial entre paciente y facultativo, en el mismo espacio y tiempo, siendo necesaria la presencia física de ambos.

ENFERMEDAD

Toda alteración del estado de salud de un individuo que sufre la acción de una patología que no sea consecuencia de accidente, cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por un médico u odontólogo legalmente reconocido, y que haga precisa la asistencia facultativa.

ENFERMEDAD CONGÉNITA

Es aquella que existe en el momento del nacimiento, como consecuencia de factores hereditarios o afecciones adquiridas durante la gestación hasta el mismo momento del nacimiento. Una afección congénita puede manifestarse y ser reconocida inmediatamente después del nacimiento, o bien ser descubierta más tarde, en cualquier periodo de la vida del individuo

ENFERMEDAD PREEXISTENTE

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

HABITACIÓN CONVENCIONAL

Habitación de una sola estancia o habitáculo, dotada de instalaciones sanitarias de vacío y oxígeno. No se entienden como convencionales las suites o habitaciones con antesala.

HOSPITAL

Todo establecimiento público o privado legalmente autorizado para el tratamiento de enfermedades o lesiones corporales, provisto de los medios para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas. Dicho establecimiento debe estar atendido por un médico las 24 horas del día.

A los efectos de la Póliza no se consideran hospitales los hoteles, casas de reposo, balnearios, instalaciones dedicadas principalmente al tratamiento de enfermedades crónicas e instituciones similares.

HOSPITALIZACIÓN

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

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

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

LESIÓN

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

MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS

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

MATERIAL ORTOPÉDICO

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

MÉDICO

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

MÉDICO ASESOR DE SALUD

Facultativo que coordina la asistencia prestada y se ocupa del control y seguimiento de la salud del Asegurado.

MÉDICO/CIRUJANO CONSULTOR

Facultativo perteneciente al cuadro médico de la Entidad específicamente designado por la misma para atender casos especiales y a petición razonada de un médico especialista del Asegurador.

ODONTÓLOGO

Facultativo cuya titulación le capacita para realizar el conjunto de actividades de prevención, diagnóstico y tratamiento relativas a las anomalías y enfermedades de los dientes, de la boca, de los maxilares y de sus tejidos anejos, tanto sobre individuos aislados como de forma comunitaria.

PARTO

Se entiende por parto normal a término aquél que se produce entre la 37 y la 42 semana desde la fecha de la última menstruación. Parto pretérmino o prematuro es aquél que se produce entre la 28 y la 36 semana de gestación.

PLAZO DE CARENANCIA

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

PLAZO DE DISPUTABILIDAD

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

PÓLIZA

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

PRESTACIÓN

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

PRIMA

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

PRÓTESIS

Todo elemento de cualquier naturaleza, que reemplaza temporal o permanentemente la ausencia de un órgano, tejido, fluido orgánico, miembro o parte de alguno de éstos. A título de ejemplo, tienen esa consideración los elementos mecánicos o bio-lógicos tales como recambios valvulares cardiacos, sustituciones articulares, piel sintética, lentes intraoculares, los materiales biológicos (córnea), los fluidos, geles y líquidos sintéticos o semisintéticos sustitutivos de humores o líquidos orgánicos, etc.

RECIÉN NACIDO

Es la etapa diferenciada de la vida que se extiende durante cuatro semanas a partir del nacimiento.

SANITAS 24 HORAS

Atención informativa facilitada por un equipo médico, que asesorará al Asegurado sobre sus preguntas médicas las 24 horas del día, los 365 días del año. La información facilitada por este medio es orientativa y no puede sustituir a un servicio de atención médica directa.

SINIESTRO

Todo hecho cuyas consecuencias estén total o parcialmente cubiertas por la Póliza. Se considera que constituye un sólo y único siniestro el conjunto de servicios derivados de una misma causa.

TOMADOR DEL SEGURO

Es la persona, física o jurídica que, junto con el Asegurador, suscribe este contrato, y a la que corresponden las obligaciones que del mismo se derivan, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado.

URGENCIA

Es aquella situación que requiere atención médica inmediata, dado que un retraso en la misma puede derivar en un compromiso vital o daño irreparable en la integridad física del paciente.

I. OBJETO DEL SEGURO

Por el presente contrato, el Asegurador asume, en los términos y con los límites que se expresan en las presentes Condiciones Generales, en las Particulares y, en su caso, en las Especiales y Suplementos de Póliza que se emitan, la asistencia médica y quirúrgica a nivel nacional, según la práctica usual, tanto en régimen ambulatorio como hospitalario de las enfermedades o lesiones comprendidas en la descripción de los servicios de la Póliza.

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

a) Forma de prestar los servicios

La asistencia, de conformidad con lo previsto en las disposiciones reglamentarias aplicables, se prestará en todas las poblaciones donde el Asegurador tenga representación debidamente autorizada o cuente con cuadros médicos concertados. Cuando en cualquiera de las poblaciones donde radique dicha representación o cuadros médicos concertados no exista alguno de los servicios comprendidos en el contrato, serán facilitados en la provincia donde los mismos puedan realizarse, a elección del Asegurado.

Con carácter general será necesaria la previa prescripción documentada del Médico Asesor de Salud para las consultas de todas las especialidades, salvo que en Condiciones Particulares se indique otra cosa. No será necesaria dicha prescripción para las especialidades de toco-ginecología, pediatría y puericultura; respecto a estas dos últimas especialidades, las mismas serán objeto de cobertura por la póliza, siempre y cuando así venga expresamente establecido en las condiciones particulares de la póliza. No será necesaria una nueva prescripción del Médico Asesor de Salud para sucesivas consultas a un mismo especialista, hasta un total de cinco y siempre que las mismas se realicen en un periodo máximo de seis meses consecutivos a contar desde la fecha de la prescripción realizada por el Médico Asesor de Salud.

Al recibir los servicios que procedan, el Asegurado deberá acreditar su identidad exhibiendo la tarjeta-Sanitas así como su Documento Nacional de Identidad, si le fuese requerido.

Sin perjuicio de lo anterior, será necesaria la previa autorización expresa del Asegurador para intervenciones quirúrgicas, hospitalizaciones, médicos consultores y determinados métodos terapéuticos y pruebas diagnósticas, previa prescripción escrita del especialista del cuadro médico de la Entidad o del Médico Asesor de Salud. El Asegurador otorgará esta autorización, salvo que entendiéndose que se trata de una prestación no cubierta por la Póliza. Dicha autorización vinculará económicamente al Asegurador.

No obstante lo establecido en el párrafo anterior, en los casos de urgencia será suficiente, a estos efectos, la orden del médico del Asegurador, debiendo el Asegurado notificar el hecho a la Entidad y obtener su confirmación dentro de las 72 horas siguientes al ingreso en la institución hospitalaria o a la prestación del servicio asistencial. En estos supuestos de urgencia, el Asegurador quedará vinculado económicamente hasta el momento en que manifieste sus reparos a la orden del médico, en el caso de entender que la póliza no cubre el acto médico o la hospitalización.

El Asegurador se obliga a prestar los servicios a domicilio, siempre que dicha cobertura se encuentre expresamente establecida en las Condiciones Particulares de la Póliza y en los términos establecidos en la misma, únicamente en la dirección que figura en la Póliza, y cualquier cambio de la misma habrá de ser notificado por carta certificada con una antelación mínima de ocho días al requerimiento de cualquier servicio.

En los casos de desplazamiento temporal a aquellos lugares donde el Asegurador no tuviese oficina propia pero sí cuadro concertado, el Asegurado deberá presentar su tarjeta-Sanitas para solicitar los servicios en las Oficinas de las Entidades concertadas con el Asegurador, aceptando los trámites administrativos de dichas entidades. Cuando necesidades asistenciales de carácter excepcional así

lo requieran, el Asegurador podrá remitir o trasladar al Asegurado a centros hospitalarios de carácter público para su tratamiento médico u hospitalización.

b) Asistencia en medios no concertados con el Asegurador

El Asegurador no se hace responsable de los honorarios de facultativos ajenos a su cuadro médico, ni de los gastos de internamiento y de servicios que dichos facultativos ajenos pudieran ordenar. Asimismo, el Asegurador no se hace responsable de los gastos de internamiento ni de los servicios originados en centros privados o públicos no concertados con el Asegurador, cualquiera que sea el facultativo prescriptor o realizador de los mismos, salvo en lo previsto en el último párrafo del título anterior a) "Forma de prestar los servicios".

En los casos de urgencia, cuyo concepto se define en la presente Póliza, el Asegurador se hará responsable de los gastos médico-asistenciales ocasionados en centros privados, debiendo el Asegurado comunicarlo a través de cualquier medio, en el plazo de las 72 horas siguientes a la prestación de dicha asistencia, con el fin de trasladar al mismo a uno de los centros concertados con el Asegurador, siempre que su situación clínica lo permita. Asimismo, deberá efectuar descripción por escrito del siniestro dentro del plazo máximo de 7 días, de acuerdo con el artículo 16 de la Ley de Contrato de Seguro.

c) Descripción de los servicios

Las diferentes prestaciones de tipo asistencial, en cuya cobertura consiste el objeto del presente contrato son:

Médico Asesor de Salud: Facultativo que coordina la asistencia sanitaria prestada a los asegurados. Es necesaria su prescripción previa para acudir a cualquier especialista, salvo Ginecología, Pediatría y Puericultura; respecto a estas dos últimas especialidades, las mismas serán objeto de cobertura por la póliza, siempre y cuando así venga expresamente establecido en las condiciones particulares de la póliza.

1. Urgencias. La asistencia sanitaria en casos de urgencia se prestará exclusivamente en los centros de urgencia permanente que indique la Guía Orientadora de Médicos y Servicios. No quedan cubiertas las urgencias a domicilio.

2. Especialidades médicas, quirúrgicas y pruebas diagnósticas. Para acudir a los especialistas del cuadro médico de la Entidad será necesaria la previa prescripción del Médico Asesor de Salud, no siendo necesaria la misma en los casos descritos en el segundo párrafo del apartado a) "Forma de prestar los servicios" de la presente cláusula.

2.1. Alergia e Inmunología. Las autovacunas serán por cuenta del Asegurado.

2.2. Análisis Clínicos.

2.3. Anatomía Patológica.

2.4. Anestesiología y Reanimación.

2.5. Angiología y Cirugía Vascul.

2.6. Aparato Digestivo. Incluye un programa de prevención del cáncer colorrectal para personas mayores de 40 años, que comprende consulta médica, exploración física, test específico y colonoscopia en caso necesario. En personas

menores de 40 años, será necesaria la previa prescripción escrita de un médico de la Entidad Aseguradora.

2.7. Cardiología. Incluye un programa de prevención del riesgo coronario en personas mayores de 40 años, que comprende consulta cardiológica, electrocardiogramas y la realización de la analítica y pruebas complementarias pertinentes. En personas menores de 40 años, será necesaria la previa prescripción escrita de un médico de la Entidad Aseguradora.

2.8. Cirugía Cardiovascular.

2.9. Cirugía General y del Aparato Digestivo. Incluye la vía laparoscópica, exclusivamente para colecistectomías, hernia inguinal y hernia de hiato, realizadas por los profesionales especialmente acreditados por la Entidad para éstas.

2.10. Cirugía Oral y Maxilofacial.

2.11. Cirugía Plástica y Reparadora.

2.12. Cirugía Torácica.

2.13. Dermatología.

2.14. Diagnóstico por imagen. Cubre las técnicas habituales como radiología general, ecografía, tomografía axial computerizada (T.A.C.), resonancia magnética, angiografía, arteriografía digital y gammagrafía, la densitometría ósea, mamografía y servicios de Radiología Intervencionista o Invasiva. La tomografía por emisión de positrones se incluye exclusivamente en los casos e indicaciones definidos y aceptados por los Organismos oficiales españoles competentes. Los medios de contraste serán por cuenta del Asegurador.

2.15. Endocrinología.

2.16. Geriátrica. Queda excluido cualquier internamiento o asistencia derivados de problemas de tipo social.

2.17. Hematología y Hemoterapia.

2.18. Medicina Interna.

2.19. Medicina Nuclear. Isótopos radioactivos.

2.20. Nefrología.

2.21. Neonatología.

2.22. Neumología.

2.23. Neurocirugía.

2.24. Neurología.

2.25. Obstetricia y Ginecología.

2.25.1. Obstetricia.

2.24.2. Ginecología. Incluye la planificación familiar por anovulatorios (consulta, tratamiento y revisión), la implantación de D.I.U. (siendo por cuenta del Asegurado el coste del dispositivo) así como el tratamiento de sus posibles complicaciones, la ligadura de trompas y la medicina preventiva, con exámenes periódicos encaminados al diagnóstico precoz de neoplasias de mama y de cuello uterino. También incluye el estudio y diagnóstico de la infertilidad y esterilidad, así como las intervenciones ginecológicas por vía laparoscópica.

2.25. Oftalmología. Incluye la fotocoagulación con láser, y el trasplante de córnea. (La córnea a trasplantar será de cuenta del Asegurado). Se incluyen los procedimientos de optometría, siempre y cuando vayan acompañados de la prescripción de un oftalmólogo de la Entidad.

2.26. Oncología. Incluye trasplantes autólogos de médula ósea o de células progenitoras de sangre periférica exclusivamente para tratamientos de tumores de estirpe hematológica. Quedan incluidos los reservorios implantables de perfusión endovenosa utilizados en quimioterapia.

2.27. Otorrinolaringología

2.28. Proctología.

2.29. Psiquiatría.

2.30. Reumatología.

2.31. Traumatología y Cirugía Ortopédica. Incluye la cirugía artroscópica, cirugía de la mano, nucleotomía percutánea, quimionucleolisis así como los injertos óseos de materiales biológicos.

2.32. Urología. Incluye la vasectomía, así como el estudio y diagnóstico de la infertilidad y esterilidad.

2.33. Médicos y Cirujanos Consultores. Serán designados por la Dirección de la Aseguradora para casos especiales y a petición razonada de un médico especialista de la misma.

3. Métodos Terapéuticos

Serán realizados por los servicios que el Asegurador designe y será necesaria la previa prescripción escrita de un médico especialista de la Entidad o del Médico Asesor de Salud.

3.1. Aerosolterapia y Ventiloterapia. Los medicamentos serán en todos los casos por cuenta del Asegurado.

3.2. Hemodiálisis. Se prestará este servicio, tanto en régimen ambulatorio como de internado, exclusivamente para el tratamiento, durante los días precisos, de las insuficiencias renales agudas, quedando expresamente excluidas las afecciones crónicas.

3.3. Litotricia del Aparato Urinario.

3.4. Logofoniatría. Se prestará sólo en relación con procesos orgánicos, hasta un máximo de 6 meses al año.

3.5. Oxigenoterapia. Tanto en supuestos de ingreso en institución hospitalaria como a domicilio. Se incluye la oxigenoterapia ambulante exclusivamente para aquellos pacientes crónicos que requieran tratamiento con oxígeno durante al menos 16 horas al día.

3.6. Quimioterapia. La Entidad proporcionará la medicación antitumoral que pueda precisar el enfermo, en tantos ciclos como sean necesarios. La prescripción de dicha medicación deberá ser siempre realizada por el médico especialista en Oncología que esté encargado de la asistencia al enfermo.

Los tratamientos correrán por cuenta de la Entidad, siempre que se apliquen en centro asistencial, tanto en régimen ambulatorio como en ingreso, cuando el

internamiento se hiciera necesario, y siendo en todos los casos el médico especialista encargado de la asistencia quien dispondrá la forma y tratamientos a realizar.

En estos tratamientos, el Asegurador, por lo que se refiere a los medicamentos, sólo correrá con los gastos correspondientes a los productos farmacéuticos específicamente citostáticos que se expendan en el mercado nacional y estén debidamente autorizados por el Ministerio de Sanidad, en las indicaciones que figuran en la ficha técnica del producto.

3.7. Radioterapia. Incluye el tratamiento con acelerador lineal y la radioneurocirugía en las indicaciones en las que esta técnica esté expresamente indicada y su eficacia comparativa con procedimientos alternativos esté plenamente justificada.

3.8. Rehabilitación. Se prestará, con carácter ambulatorio, exclusivamente para las afecciones del Aparato Locomotor, en los centros designados por la Entidad. En régimen hospitalario, queda cubierta la rehabilitación postquirúrgica para recuperación del Aparato Locomotor secundaria a una Cirugía Ortopédica, la rehabilitación cardíaca para recuperación postcirugías con circulación extracorpórea y la rehabilitación respiratoria postcirugía.

3.9. Transfusiones. Será a cargo de la Entidad Aseguradora el acto médico de la transfusión en todos los casos, así como la sangre y/o plasma a transfundir dentro del hospital.

En las exanguino-transfusiones, la sangre utilizada será a cargo del Asegurado, no así el acto de la transfusión, que abonará el Asegurador.

3.10. Tratamiento del Dolor. Quedan incluidos los reservorios implantables utilizados en Tratamiento del dolor.

5. Hospitalización

La hospitalización se realizará en clínica u hospital designado por el Asegurador, ocupando el enfermo habitación individual convencional y cama de acompañante excepto en las hospitalizaciones psiquiátricas, en U.V.I. e incubadora y siendo de cuenta del Asegurador el tratamiento, las estancias, manutención del enfermo, curas y su material, así como los gastos de quirófano, productos anestésicos y medicamentos.

4.1. Hospitalización Médica. Se realizará previa prescripción escrita de un médico del Asegurador en los centros que designe el mismo, para la atención de personas mayores de 14 años.

4.2. Hospitalización Psiquiátrica. Los internamientos se realizarán previa prescripción escrita de un especialista del Asegurador, en centros psiquiátricos designados por el mismo, en habitación individual si la patología lo requiere, sin cama de acompañante. Comprenderá los gastos de estancia, la medicación y los tratamientos médicos propios.

Sólo se facilitará para los tratamientos de los brotes agudos que no sean de enfermos crónicos, quedando la estancia limitada a un periodo máximo de treinta (30) días por año.

4.3. Hospitalización en Unidad de Vigilancia Intensiva. Se realizará en los centros designados por el Asegurador, previa prescripción de un médico del mismo, en instalaciones adecuadas, sin cama de acompañante.

4.4. Hospitalización Quirúrgica. Las intervenciones quirúrgicas cuya índole lo requiera, serán practicadas en clínica designada por el Asegurador. La misma asistencia tendrán los partos distócicos o prematuros.

4.5. Hospitalización Obstétrica (parto normal en sanatorio). Atendido por tocólogo, auxiliado por matrona, e incluyendo los gastos de paritorio.

5. Otros Servicios

5.1. El Asegurador prestará la asistencia sanitaria derivada de la utilización de vehículos a motor siempre que no esté cubierta por el seguro del automóvil de suscripción obligatoria.

5.2. Ambulancia. Se prestará este servicio por vía terrestre para el traslado de los enfermos al hospital y viceversa, siempre y cuando los recursos asistenciales concertados no sean suficientes para atender al asegurado en el lugar donde se halle o éste solicite ir a su provincia de residencia. Para solicitar el servicio será necesario el volante de un médico del Asegurador, diligenciado en la oficina del mismo, salvo los casos urgentes, en que no será necesario dicho volante. Esta prestación no incluye los traslados requeridos para tratamientos de rehabilitación o administración de quimioterapia o radioterapia ni para la realización de pruebas diagnósticas en régimen ambulatorio.

5.3. Podología (Quiropodia). Limitado a cinco sesiones anuales.

5.4. Atención especial en domicilio. Se llevará a cabo, en aquellas poblaciones en las que el Asegurador tenga concertada la prestación de dicho servicio, por los equipos sanitarios que designe la Entidad Aseguradora, previa prescripción de un médico de la misma, cuando la patología del enfermo requiera cuidados especiales sin llegar a precisar ingreso hospitalario y siempre previa prescripción del médico. No comprende la asistencia a problemas de tipo social.

5.5. Prótesis. Comprende exclusivamente las siguientes prótesis internas de Traumatología y Cirugía Ortopédica: prótesis articulares, tornillos y placas de fijación interna. Comprende asimismo las siguientes prótesis vasculares y cardíacas: válvulas cardíacas: by-pass vasculares, stent, marcapasos temporales y definitivos y prótesis mamarias post mastectomía de origen neoplásico. Asimismo queda cubierta la lente intraocular. Queda excluido cualquier tipo de material ortopédico, los fijadores externos, materiales biológicos o sintéticos, injertos (excepto los injertos óseos), endoprótesis aórtica, desfibrilador automático implantable y el corazón artificial.

La implantación de cualquiera de las anteriores prótesis se realizará siempre en los centros designados para ello por el Asegurador para la presente Póliza.

6. Segunda Opinión

Comprende una segunda opinión sobre el diagnóstico o tratamiento médico en el caso de enfermedades graves, de carácter crónico, que necesiten una atención programada, cuyo curso requiera medidas excepcionales diagnósticas o terapéuticas y/o su pronóstico vital esté gravemente comprometido. Esta segunda opinión será emitida por especialistas, centros asistenciales, médicos o académicos de primer nivel, en cualquier país del mundo.

Para utilizar este servicio el Asegurado remitirá el expediente clínico que comprenderá información médica escrita, radiografías u otros diagnósticos por imagen realizados excluyendo cualquier envío de material biológico o sintético. El expediente se hará llegar, con la debida confidencialidad, al especialista o centro correspondiente según la enfermedad de que se trate.

7. Sanitas 24 horas

Servicio telefónico que comprende la atención informativa facilitada por un equipo médico, que asesorará al Asegurado sobre sus preguntas de carácter médico, tratamientos, medicación, lectura de análisis, etc., las 24 horas del día, los 365 días del año.

II. RIESGOS EXCLUIDOS

Quedan excluidos del objeto de este seguro los gastos médicos y/u hospitalarios correspondientes a:

a) La asistencia sanitaria por enfermedades o lesiones producidas como consecuencia de guerras civiles, internacionales o coloniales, actos de carácter terrorista (incluido el bioterrorismo), invasiones, insurrecciones, rebeliones, revoluciones, motines, alzamientos, represiones y maniobras militares, aún en tiempo de paz, y epidemias declaradas oficialmente.

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

c) La asistencia sanitaria que exija el tratamiento por enfermedades o accidentes laborales, profesionales y en competiciones deportivas, la derivada de la utilización de vehículos a motor cubierta por el Seguro del Automóvil de Suscripción Obligatoria, así como los gastos derivados de la asistencia sanitaria prestada en centros de la Seguridad Social o centros integrados en el Sistema Nacional de Salud que no estén concertados con el Asegurador, salvo lo previsto en el último párrafo del apartado a) del capítulo “ Forma de prestar los servicios”.

d) La asistencia sanitaria derivada de alcoholismo crónico, drogadicción, intoxicaciones debidas al abuso del alcohol, de psicofármacos, estupefacientes o alucinógenos, intento de suicidio y autolesiones, así como la asistencia sanitaria por enfermedades o accidentes sufridos por dolo del Asegurado.

e) Los productos farmacéuticos fuera del régimen de hospitalización –salvo la quimioterapia administrada en centros concertados, quedando por tanto excluido toda aquella medicación de dispensación hospitalaria pero administración extrahospitalaria– así como vacunas de todo tipo y productos de parafarmacia.

f) Quedan expresamente excluidos todos aquellos procedimientos diagnósticos y terapéuticos cuya seguridad y eficacia clínicas no estén debidamente contrastadas científicamente o hayan quedado manifiestamente superadas por otras disponibles. Igualmente, quedan excluidos aquellos procedimientos, de carácter experimental o que no tengan suficientemente probada su contribución eficaz a la prevención, tratamiento o curación de las enfermedades, medicinas alternativas, naturopatía, homeopatía, acupuntura, mesoterapia, hidroterapia, magnetoterapia, presoterapia, ozonoterapia, etc., conservación o mejora de la esperanza de vida, autovalimiento y eliminación o disminución del dolor y el sufrimiento y los que

consisten en meras actividades de ocio, descanso, confort o deporte (incluida la natación). Los tratamientos en balnearios y curas de reposo.

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

h) Los trasplantes de órganos, tejidos, células o componentes celulares, excepto el trasplante autólogo de médula ósea o de células progenitoras de sangre periférica por tumores de estirpe hematológica y el trasplante de córnea. En este último caso, la Aseguradora no se hace cargo de la córnea a trasplantar.

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

j) Las intervenciones, infiltraciones y tratamientos, así como cualquier otra actuación que tenga un carácter puramente estético o cosmético. Asimismo están excluidos los tratamientos capilares con finalidad estética.

k) La hospitalización por problemas de tipo social.

l) Los reconocimientos médicos generales de carácter preventivo, salvo los contemplados en la descripción de los servicios (Cláusula Primera C).

m) Todo lo relativo a la psicología, psicoanálisis, hipnosis, psicoterapia individual o de grupo, test psicológicos, narcolepsia, etc. Asimismo, la terapia educativa, tal como la educación del lenguaje en procesos congénitos o la educación especial en enfermos con afección psíquica.

n) Las prótesis de cualquier clase o naturaleza, salvo las prótesis relacionadas en la descripción de los servicios (cláusula primera C, punto 5.5). Queda excluido cualquier tipo de material ortopédico, los fijadores externos, materiales biológicos o sintéticos, injertos (excepto los injertos óseos), endo-prótesis aórtica, desfibrilador automático implantable y el corazón artificial.

ñ) Tratamientos crónicos de diálisis y hemodiálisis.

o) Los gastos por viaje y desplazamientos salvo la ambulancia en los términos contemplados en la descripción de los servicios (Cláusula Primera C).

p) Técnicas quirúrgicas o tratamientos terapéuticos que usan el láser, salvo las técnicas de fotocoagulación en Oftalmología, técnicas que usan el láser quirúrgico en cirugía vascular periférica y los dispositivos empleados en rehabilitación músculo-esquelética.

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

r) Cualquier tipo de cirugía del cristalino claro (cristalino transparente), las lentes fáquicas, ICLS y similares, sean de cámara anterior (soporte angular o iridial) o posterior (epicapsulares) y los implantes intraestromáticos.

s) Cirugía de cambio de sexo.

III. DURACIÓN DEL SEGURO

1. El seguro se estipula por el periodo de tiempo previsto en las condiciones particulares regulándose asimismo en éstas la/s prórroga/s que en su caso pudieran producirse y plazo de oposición a éstas.

2. El Asegurador no podrá resolver la Póliza cuando el Asegurado se halle en tratamiento en régimen hospitalario, hasta el alta del mismo, salvo renuncia del Asegurado a continuar el tratamiento.

3. Respecto a cada Asegurado, el seguro se extingue:

a) Por fallecimiento.

b) Si en la Póliza están incluidos familiares que convivan con el Tomador del Seguro, cuando dejen de vivir de manera habitual en el domicilio de este último, lo cual deberá ser comunicado al Asegurador. Si estas personas contratan un nuevo seguro, antes de transcurrir un mes desde la comunicación anteriormente citada, el Asegurador mantendrá los derechos de antigüedad por ellos adquirida, siempre y cuando suscriban las mismas garantías.

4. Las personas menores de 14 años, sólo podrán incluirse dentro del seguro en el caso de estar igualmente aseguradas la persona o personas que ostenten su patria potestad o tutela, salvo pacto en contrario.

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

5. IV. PRIMAS DEL SEGURO

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

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

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

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

5. En cada renovación, la prima anual se determinará de acuerdo con la siniestralidad del Colectivo contratado con arreglo a los porcentajes de incremento establecidos en las Condiciones Particulares de la póliza.

V. OBLIGACIONES Y DEBERES DEL TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO

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

a) Para la utilización de los servicios prestados por los denominados médicos consultores en el presente contrato, el Asegurado deberá proveerse del oportuno documento vinculativo de asistencia que deberá entregar cuando se le preste algún servicio de esta índole. Estos servicios sólo podrán ser utilizados previa prescripción de un especialista de la Entidad y con la autorización del Asegurador.

b) Para la utilización de los servicios que procedan y estén descritos en la Cláusula Primera, el Asegurado deberá presentar su tarjeta-Sanitas, documento personal e intransferible.

VI. DERECHOS DEL TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO

a) Los que se enumeran en la descripción de los servicios que figuran en la letra C) de la Cláusula Primera.

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

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

En tal caso, al finalizar el periodo en curso cubierto por la prima, deberá reducirse el importe de la prima futura en la proporción correspondiente, teniendo derecho el Tomador en caso contrario a la resolución del contrato y a la devolución de la diferencia entre la prima satisfecha y la que hubiera correspondido pagar, desde el momento de la puesta en conocimiento de la disminución del riesgo.

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

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

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

VII. OBLIGACIONES DEL ASEGURADOR

a) Además de hacer efectivas las garantías aseguradas, el Asegurador deberá entregar al Tomador del Seguro la Póliza o, en su caso, el documento de

cobertura provisional o el que proceda según lo dispuesto en el artículo 5 de la Ley de Contrato de Seguro, así como un ejemplar del cuestionario y demás documentos que haya suscrito el Tomador del Seguro.

b) El Asegurador entregará al Tomador del Seguro y/o Asegurado la(s) tarjeta(s)-Sanitas, con especificación del teléfono de información de los servicios de urgencias.

VIII. DUPLICADO DE LA PÓLIZA

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

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

IX . LIBRO DE RECLAMACIONES

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

X. SUBROGACIÓN

En los supuestos no excluidos de la cobertura de la presente póliza el Asegurado debe facilitar la Subrogación al Asegurador, quien podrá ejercitar los derechos y las acciones que por razón del siniestro correspondieran al Asegurado frente a las personas responsables del mismo y hasta el límite económico del siniestro de que se trate.

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

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

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

XI. PRESCRIPCIÓN

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

XII. COMUNICACIONES

1. Las comunicaciones al Asegurador por parte del Tomador del Seguro, del Asegurado o Beneficiario se realizarán en el domicilio social de aquél señalado en la Póliza.

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

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

4. El pago del importe de la prima efectuado por el Tomador del Seguro al agente o corredor de seguros no se entenderá realizado al Asegurador, salvo que, a cambio, el agente o corredor entregue al Tomador del Seguro el recibo de prima de dicho Asegurador.

XIII. CONTROL E INSTANCIAS DE RECLAMACIÓN

A. El control de la actividad de la Entidad Aseguradora corresponde al Estado Español, ejerciéndose éste a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía.

B. En caso de cualquier tipo reclamación sobre el contrato de seguro, el Tomador, Asegurado, Beneficiario, Tercero perjudicado o Derechohabientes de cualquiera de ellos, deberán dirigirse para su resolución:

1. Al Departamento de Atención al Cliente del Asegurador, -mediante escrito dirigido a la calle Ribera del Loira nº 52 (28042 Madrid) o al fax nº 91 585 24 80 o a la dirección de correo electrónico clientes @ sanitas.es - , quien acusará recibo por escrito y resolverá igualmente mediante escrito motivado en el plazo máximo legal de dos meses desde la fecha de presentación de la reclamación.

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

a) Cuando se trate de reclamaciones cuya cuantía no exceda de 21.000 euros y afecten a la interpretación de las Condiciones Generales y Particulares de la póliza.

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

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

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

3. También, podrá iniciar el procedimiento administrativo de reclamación ante el Comisionado para la Defensa del Asegurado y del Partícipe en Planes de

Pensiones. Para ello, el reclamante deberá acreditar que ha transcurrido el plazo establecido para la resolución de la reclamación por el Defensor del Asegurado o que ha sido denegada la admisión de la reclamación o desestimada su petición por éste.

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

XIV. JURISDICCIÓN

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

EL TOMADOR DEL SEGURO

EL ASEGURADO

CCOO