

Adeslas

Plena Extra 150

Seguro de enfermedad.
Póliza mixta de asistencia sanitaria
y reembolso de gastos.

| **condiciones generales** |

Adeslas

Adeslas Plena Extra 150

Este Contrato de Seguro comprende de forma inseparable las Condiciones Generales, que quedan formadas por las Cláusulas Jurídicas y Cláusulas Descriptivas de Cobertura, las Condiciones Particulares, las Especiales si las hubiere y los Apéndices que recojan las modificaciones de todo ello acordadas por las partes.

Índice

CLÁUSULAS JURÍDICAS (condiciones generales)	3
1. Cláusula preliminar.	3
2. Objeto del Seguro.	3
3. Pago de Primas.	4
4. Otras obligaciones, deberes y facultades del Tomador del Seguro y/o del Asegurado.	4
5. Otras obligaciones de La Aseguradora.	6
6. Duración del Seguro.	7
7. Pérdida de derechos, rescisión del contrato.	7
8. Tratamiento de datos de carácter personal.	8
9. Estado y autoridad de control del asegurador.	8
10. Instancias de reclamación.	8
11. Comunicaciones y jurisdicción.	9
12. Prescripción.	9
13. Actualización anual de las condiciones económicas de la Póliza.	9
CLÁUSULAS DESCRIPTIVAS DE COBERTURA (condiciones generales)	11
1. Definiciones.	11
2. Modalidad I: Reembolso de gastos sanitarios.	13
3. Modalidad II: Prestación de asistencia sanitaria por medio de los cuadros médicos de La Aseguradora.	14
4. Cartera de servicios con cobertura.	15
5. Exclusiones.	21
6. Límites generales.	23
7. Seguro de los recién nacidos.	24
8. Periodos de carencia.	25
PREGUNTAS FRECUENTES	27

1) Cláusula preliminar

1. La actividad aseguradora que lleva a cabo SegurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros está sometida al control de las autoridades del Estado Español siendo el órgano competente para ello la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía y Hacienda.

2. El presente Contrato se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1.980, de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro (en adelante, la Ley), y por lo convenido en las Condiciones Generales, Particulares y, en su caso, Especiales del propio Contrato, sin que tengan validez las cláusulas limitativas de los derechos de los Asegurados que no sean específicamente aceptadas por el Tomador, como pacto adicional a las Condiciones Particulares. No requerirán dicha aceptación las meras transcripciones o referencias a preceptos legales o reglamentarios imperativos.

2) Objeto del Seguro

Este Seguro de enfermedad es un Seguro mixto de reembolso de gastos sanitarios y de prestación de asistencia sanitaria a través de Cuadro Médico de La Aseguradora, mediante el cual La Aseguradora se compromete a facilitar al Asegurado la cobertura económica de la asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria que éste requiera en toda clase de enfermedades y lesiones o por embarazo, parto y puerperio, siempre que esté comprendida en la cobertura asegurada según las cláusulas, 4 y 5 (Cláusulas Descriptivas de Cobertura) en los términos que la Póliza determina.

El Seguro ofrece la cobertura, pues, en dos modalidades:

a) MODALIDAD I. REEMBOLSO DE GASTOS SANITARIOS. Cuando el Asegurado acuda para recibir la asistencia sanitaria a Médicos y/o centros ajenos a los Cuadros Médicos de La Aseguradora, ésta reembolsará de acuerdo con los límites y porcentajes establecidos en Condiciones Especiales.

b) MODALIDAD II. PRESTACIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA. El Asegurado tiene derecho a recibir la asistencia cubierta por la Póliza de los Médicos y centros concertados que figuran en los Cuadros de La Aseguradora. El pago de la asistencia recibida dentro de esta Modalidad corre íntegramente a cargo de La Aseguradora, que abonará su importe directamente a los facultativos y centros que la hubieran prestado, debiendo el Asegurado utilizar para retribuir el acto médico el medio de pago que la Compañía le indique.

En esta Modalidad no se concederán indemnizaciones en metálico y la asistencia se prestará de acuerdo con la cláusula 3ª (Cláusulas Descriptivas de Cobertura).

En adelante, siempre y cuando se mencione que La Aseguradora se hará cargo de una cobertura, se entenderá que en la Modalidad II (Modalidad de Prestación de Asistencia Sanitaria) se hace cargo directamente La Aseguradora y en el caso de la Modalidad I (Reembolso de

Gastos), el Asegurado abonará el importe del gasto y La Aseguradora reembolsará dentro de los límites del producto contratado, recogidos en las Condiciones Particulares y/o Especiales.

3) Pago de Primas

3.1. El Tomador del Seguro, de acuerdo con el artículo 14 de la Ley, está obligado al pago de la Prima.

3.2. La primera Prima o fracción de ella, será exigible conforme al artículo 15 de la Ley una vez firmado el Contrato; si no hubiera sido pagada por culpa del Tomador, La Aseguradora tiene derecho a resolver el Contrato o a exigir el pago de la Prima debida en vía ejecutiva con base en la Póliza. En todo caso, si la Prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el Asegurador quedará liberado de su obligación, salvo pacto en contrario.

3.3. En caso de falta de pago de la segunda o sucesivas Primas o fracciones de ésta, la cobertura quedará suspendida un mes después del día del vencimiento del recibo, y si La Aseguradora no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes a dicho vencimiento, se entenderá que el Contrato queda extinguido conforme a las condiciones anteriores. La cobertura vuelve a tener efecto transcurridas veinticuatro horas del día en que el Tomador pague la Prima. En cualquier caso, cuando el Contrato esté en suspenso, el Asegurador sólo podrá exigir el pago de la Prima del periodo en curso.

3.4. El Tomador del Seguro perderá el derecho al fraccionamiento de la Prima que se hubiere convenido en caso de impago de cualquier recibo, siendo exigible desde ese momento la Prima total acordada para el periodo de Seguro que reste.

3.5. La Aseguradora sólo queda obligada en virtud de los recibos librados por sus representantes legalmente autorizados.

El pago del importe de la Prima efectuado por el Tomador del Seguro al Corredor no se entenderá realizado al Asegurador, salvo que, a cambio, el Corredor entregara al Tomador del Seguro el Recibo de Prima emitido por el Asegurador.

3.6. En Condiciones Particulares se establecerá la cuenta bancaria designada por el Tomador para el pago de los recibos de Prima.

3.7. En caso de extinción anticipada del Contrato imputable al Tomador, la parte de Prima anual no consumida corresponderá al Asegurador.

4) Otras obligaciones, deberes y facultades del Tomador del Seguro y/o del Asegurado

4.1. El Tomador del Seguro y, en su caso el Asegurado, tienen las siguientes obligaciones:

a) Declarar a La Aseguradora, de acuerdo con el cuestionario que ésta le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. Quedará exonerado de esta obligación si La Aseguradora no le somete al cuestionario o cuando, aún sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él.

b) Comunicar a La Aseguradora, durante el curso del Contrato y tan pronto como le sea posible, todas las circunstancias que, de acuerdo con el Cuestionario de Salud del Asegurado presentado previamente, agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por La Aseguradora en el momento de la perfección del Contrato, no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas.

c) Comunicar a La Aseguradora, tan pronto como le sea posible, el cambio de domicilio.

d) Comunicar a La Aseguradora, tan pronto le sea posible, las altas y bajas de Asegurados que se produzcan durante la vigencia de la Póliza, tomando efecto las altas el día primero del mes siguiente a la fecha de la comunicación efectuada por el Tomador y las bajas el día 31 de diciembre de dicho año, procediéndose a la adaptación del importe de la Prima a la nueva situación.

e) Si la asistencia de la madre en el parto se realiza con cargo al Seguro de La Aseguradora de la que aquella fuese Asegurada, los hijos recién nacidos tendrán derecho a ser incluidos en la Póliza de la madre desde su nacimiento, para ello el Tomador deberá comunicar a La Aseguradora el nacimiento dentro de los 15 días naturales siguientes a la fecha de alta hospitalaria del recién nacido y como plazo máximo, 30 días naturales transcurridos desde la fecha del nacimiento mediante cumplimentación de una solicitud de Seguro y el correspondiente cuestionario de salud. Las altas tomarán efecto en la fecha de nacimiento no aplicándose periodo de carencia superior al que faltase por consumir a la madre. Si el alta del recién nacido se comunica con posterioridad al plazo indicado, La Aseguradora podrá denegar la admisión y se aplicarán los periodos de carencia establecidos en la cláusula 8ª (Cláusulas Descriptivas de Cobertura).

En todo caso, La Aseguradora cubrirá la asistencia sanitaria al recién nacido durante los 30 días siguientes a la de su nacimiento, finalizando entonces la cobertura si el alta del mismo no se ha producido con la fecha efecto del día del nacimiento, conforme lo estipulado.

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

g) Cuando la asistencia prestada al Asegurado sea como consecuencia de lesiones producidas o agravadas por accidentes cubiertos por cualquier otro Seguro, o siempre que el coste de la misma deba ser satisfecho por terceros causantes o responsables de las lesiones, La Aseguradora, si hubiere cubierto la asistencia, podrá ejercitar las acciones que procedan para reintegrarse el coste que tales asistencias le hubieren supuesto. El Asegurado, o en su caso el Tomador, vendrán obligados a facilitar a La Aseguradora los datos y la colaboración necesarios para ello.

h) Comunicar a La Aseguradora la existencia de cualquier otro Seguro de enfermedad que se refiera a todos o a alguno de los Asegurados de esta Póliza, de acuerdo con los artículos 101 y 106 de la Ley.

i) El Asegurado deberá facilitar al Asegurador durante la vigencia del Contrato cuanta documentación e información médica le sea requerida a los solos efectos de valorar la cobertura

del coste de las prestaciones que solicite. Una vez sea requerida por el Asegurador, el proceso de otorgamiento de cobertura quedará en suspenso hasta la completa obtención de la información. El Asegurador también podrá reclamar al Asegurado el coste de la cobertura de cualquier prestación cuya improcedencia haya quedado manifestada "a posteriori" por la información médica facilitada por el Asegurado.

4.2. La tarjeta sanitaria personal, propiedad de La Aseguradora y que ésta entregará a cada Asegurado, es un documento de uso personal e intransferible. En caso de pérdida, sustracción o deterioro, el Tomador del Seguro y el Asegurado tienen la obligación de comunicarlo al Asegurador en el plazo de setenta y dos horas.

En tales casos, La Aseguradora procederá a emitir y enviar una nueva tarjeta al domicilio del Asegurado que figura en la Póliza, anulando la extraviada, sustraída o deteriorada.

Asimismo, el Tomador del Seguro y el Asegurado se obligan a devolver a La Aseguradora la tarjeta correspondiente al Asegurado que hubiere causado baja en la Póliza.

El Asegurador no se responsabiliza de la utilización indebida o fraudulenta de la tarjeta sanitaria.

4.3. El Tomador del Seguro podrá reclamar a La Aseguradora, 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 las cláusulas acordadas, según dispone el artículo 8 de la Ley.

5) Otras obligaciones de La Aseguradora

Además de la cobertura económica de la prestación de la asistencia sanitaria, La Aseguradora entregará 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.

Igualmente entregará al Tomador la tarjeta sanitaria personal correspondiente a cada uno de los Asegurados incluidos en la Póliza. Dicha tarjeta que dispondrá de una numeración única contendrá los siguientes datos:

- Nombre y apellidos del Asegurado.
- Año de nacimiento
- Sexo.
- Fecha de alta.

En el momento de suscribir la Póliza, La Aseguradora también facilitará un ejemplar del Cuadro Médico correspondiente a su provincia de residencia, con especificación del centro o centros permanentes de urgencia médica y quirúrgica, del servicio permanente de asistencia ambulatoria, de los hospitales y clínicas, de las direcciones y horarios de consulta de los facultativos y de los servicios de información, urgencia y asistencia ambulatoria permanente en todas las capitales de las demás provincias.

El Cuadro Médico podrá ser actualizado por La Aseguradora, mediante el alta o baja de los facultativos, profesionales, centros hospitalarios y otros establecimientos que lo integran. Será

obligación del Tomador y/o Asegurado utilizar los servicios de los proveedores asistenciales que se encuentren en alta en la fecha de solicitud de la asistencia. A estos efectos, podrán solicitar en las oficinas de La Aseguradora la entrega del Cuadro Médico actualizado.

6) Duración del Seguro

El Seguro se estipula por el periodo de tiempo previsto en las Condiciones Particulares y, a su vencimiento, de conformidad con el artículo 22 de la Ley, se prorrogará tácitamente por periodos anuales.

No obstante, cualquiera de las partes podrá oponerse a la prórroga mediante notificación escrita a la otra, efectuada con antelación no inferior a dos meses a la fecha de conclusión del periodo de Seguro en curso. La notificación del Tomador deberá realizarse a La Aseguradora. Realizada la comunicación en la forma aquí establecida, el contrato expirará al finalizar el periodo pactado en las Condiciones Particulares o a la finalización del periodo anual de prórroga en que se encuentre, según el caso.

Con independencia de lo que antecede, el Seguro se extinguirá para un Asegurado en concreto, y aunque la Póliza continúe vigente para los restantes:

a) En la fecha en que traslade su residencia habitual al extranjero, o en todo caso cumpla nueve meses de residencia al año fuera de España.

b) Cuando uno de los Asegurados deje de vivir de forma habitual en el domicilio identificado en la Póliza causará baja en el Seguro y el Tomador deberá comunicarlo al Asegurador. Si esta persona desea contratar un nuevo Seguro y lo hace antes de que transcurra un mes desde la comunicación citada, el Asegurador mantendrá los derechos adquiridos siempre que contraen las mismas coberturas.

7) Pérdida de derechos, rescisión del contrato

7.1. El Asegurado pierde el derecho a la cobertura de la prestación garantizada:

a) En caso de reserva o inexactitud al cumplimentar el Cuestionario de Salud, si medió dolo o culpa grave (artículo 10 de la Ley).

b) En caso de agravación del riesgo, si el Tomador del Seguro o el Asegurado no lo comunica a La Aseguradora y ha actuado con mala fe (artículo 12 de la Ley).

c) Si el siniestro cuya cobertura como riesgo se garantiza, sobreviene antes de que se haya pagado la primera Prima, salvo pacto en contrario (artículo 15 de la Ley).

d) Cuando el siniestro se hubiese causado por mala fe del Asegurado (artículo 19 de la Ley).

e) En los supuestos de utilización de la modalidad de reembolso, si no presenta la documentación original cuando sea requerido para ello por la Aseguradora o cuando las copias aportada no se correspondan fielmente con los originales o las mismas hubiesen sido objeto de manipulación.

8) Tratamiento de datos de carácter personal

Los datos personales del Tomador del Seguro, de los asegurados y, en su caso, de los beneficiarios incluidos en esta Póliza, así como aquellos otros, incluidos los de salud, que se obtengan durante la vigencia de la misma, serán tratados por La Aseguradora con el fin de mantener y dar cumplimiento al contrato de seguro suscrito y financiar las prestaciones sanitarias garantizadas en el mismo.

El Tomador declara que los datos personales de los asegurados incluidos en la presente póliza han sido recabados con el expreso consentimiento de los mismos, así como que se les ha informado que la finalidad del tratamiento de sus datos es la gestión, cumplimiento y ejecución del contrato de seguro de asistencia sanitaria contratado en su interés.

El Tomador asimismo manifiesta que ha obtenido de todos los asegurados su consentimiento para que La Aseguradora incorpore, a ficheros automatizados de los que es responsable, sus datos personales, así como los datos de salud conocidos como consecuencia de siniestros, pudiendo cederlos a entidades colaboradoras (proveedores sanitarios, entidades de seguros con las que opera en régimen de reaseguro y/o coaseguro), con la única finalidad de gestionar el seguro contratado, así como, su caso, girar al tomador el recibo correspondiente al importe de las franquicias derivado del uso por los asegurados de los servicios sanitarios cubiertos por la póliza.

El Tomador del Seguro y los Asegurados podrán ejercitar los derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación regulados por la Ley Orgánica 15/1999 en el domicilio del asegurador, responsable del tratamiento, con domicilio en Barcelona (08014), calle Juan Gris, 20-26.

9) Estado y autoridad de control del asegurador

El control de la actividad del asegurador corresponde al Estado Español, a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

10) Instancias de reclamación

10.1. El Tomador del Seguro, el Asegurado, el beneficiario, los terceros perjudicados o los derechohabientes de cualquiera de ellos podrán presentar quejas o reclamaciones contra aquellas prácticas del asegurador que consideren abusivas o que lesionen sus derechos o intereses legalmente reconocidos derivados del contrato de Seguro.

A tal fin y de conformidad con lo dispuesto en la legislación vigente sobre esta materia, La Aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Cliente (SAC) al que pueden dirigirse para presentar sus quejas y reclamaciones, cuando éstas no hubiesen sido resueltas a su favor por la oficina o servicio objeto de las mismas.

Las quejas y reclamaciones podrán ser presentadas ante el Servicio de Atención al Cliente en cualquier oficina abierta al público de la entidad o en la dirección o direcciones de correo electrónico que tenga habilitada para tal fin.

El SAC acusará recibo por escrito de las quejas o reclamaciones que reciba y las resolverá de forma motivada y en el plazo máximo legal de dos meses contados desde la fecha de presentación de la misma.

10.2. Asimismo los interesados podrán interponer queja o reclamación ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones. Para ello deberán acreditar que ha transcurrido el plazo de dos meses desde la fecha de presentación de la queja o reclamación ante el SAC sin que éste hubiera resuelto, o cuando haya sido denegada la admisión o desestimada, total o parcialmente, su petición.

10.3. En perjuicio de las anteriores actuaciones y de las que procedan conforme a la normativa de seguros, los interesados en todo caso podrán ejercitar las acciones que estimen oportunas ante la jurisdicción ordinaria.

11) Comunicaciones y jurisdicción

11.1. Las comunicaciones a La Aseguradora, por parte del Tomador del Seguro o del Asegurado, se realizarán en el domicilio social de ésta que figura en la Póliza, pero si se realizan a un Agente de ella, surtirán los mismos efectos que si se hubieran realizado directamente a La Aseguradora, conforme al artículo 21 de la Ley.

Las comunicaciones de La Aseguradora al Tomador del Seguro o al Asegurado, se realizarán en el domicilio de los mismos recogido en la Póliza, salvo que hubiesen notificado el cambio de su domicilio a aquélla.

Las comunicaciones efectuadas por un Corredor de Seguros en nombre del Tomador, surtirán los mismos efectos que si las realizara el propio Tomador, salvo indicación en contrario de éste.

11.2. Será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del Contrato de Seguro el del domicilio del Asegurado.

12) Prescripción

Las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro prescribirán a los cinco años desde el día en que pudieron ejercitarse, incluida la de reclamación del Asegurado o Tomador del Seguro contra La Aseguradora sobre la cuantía del reembolso de gastos a que venga obligada, o cualquier otro aspecto de la cobertura de la Póliza.

13) Actualización anual de las condiciones económicas de la Póliza

La Aseguradora podrá anualmente:

- a) Actualizar las Primas.
- b) Actualizar el precio de la participación del Asegurado en el coste de los servicios, a la que se refiere la cláusula 3.3. (Cláusulas Descriptivas de Cobertura).
- c) Modificar los límites de reembolso de gastos establecidos en las Condiciones Especiales.

d) Modificar el porcentaje de reembolso de gastos al que se refieren la cláusula 2ª (Cláusulas Jurídicas) y la cláusula 2ª (Cláusulas Descriptivas de Cobertura).

Con independencia de las modificaciones antedichas, en cada renovación, la Prima anual se establecerá de acuerdo con la zona geográfica correspondiente al domicilio de prestación a que se refiere la condición general 3.2. (Cláusulas Descriptivas de Cobertura) y la edad alcanzada por cada uno de los Asegurados, aplicando la tarifa de Primas que La Aseguradora tenga en vigor en la fecha de la renovación. El Tomador del Seguro da su conformidad a las variaciones de Prima producidas por este motivo.

Todas estas modificaciones se fundamentarán en los cálculos técnico actuariales necesarios para determinar la incidencia en el esquema financiero actuarial del Seguro del incremento del coste de los servicios sanitarios, el aumento de la frecuencia de las prestaciones cubiertas por la Póliza, la incorporación a la cobertura garantizada de innovaciones tecnológicas de aparición o utilización posterior a la perfección del Contrato, u otros hechos de consecuencias similares.

El Tomador del Seguro, en el caso de recibir notificación de alguna de estas modificaciones del Contrato para la siguiente anualidad, podrá optar entre la prórroga del Contrato de Seguro o su extinción al vencimiento de la anualidad en curso. En este caso deberá notificar al Asegurador su voluntad de rescindir el Contrato.

1) Definiciones

A los efectos de esta Póliza se entenderá por:

Accidente: La lesión corporal sufrida durante la vigencia de la Póliza, que derive de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado.

Año natural: Periodo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre siguiente.

Asegurado: La persona o personas naturales sobre las cuales se establece el Seguro.

Aseguradora: SegurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros (en adelante, La Aseguradora), Entidad que asume el riesgo contractualmente pactado.

A.T.S./D.U.E.: Profesional legalmente capacitado y habilitado para desarrollar la actividad de enfermería.

Cuadro Médico: Relación editada de profesionales y establecimientos sanitarios concertados por La Aseguradora en cada provincia, con su dirección, teléfono y horario. A efectos de este Seguro se consideran Cuadros Médicos de La Aseguradora tanto los de las provincias en las que ésta opera directamente como los de aquellas otras en las que lo hace mediante concierto con otras Aseguradoras. En cada Cuadro Médico provincial se relacionan además de los profesionales y establecimientos sanitarios de la provincia, los servicios de información y teléfonos de atención al Asegurado de todo el territorio nacional. El Tomador y los Asegurados quedan informados y asumen que los profesionales y los centros que integran el Cuadro Médico actúan con plena independencia de criterio, autonomía y exclusiva responsabilidad en el ámbito de la prestación sanitaria que les es propia.

Condiciones Especiales: Documento integrante de la Póliza en el que se especifica la suma asegurada y límites cuantitativos de la garantía de reembolso de gastos.

Condiciones Particulares: Documento integrante de la Póliza en el que se concretan y particularizan los aspectos del riesgo que se asegura.

Cuestionario de Salud: Declaración realizada y firmada por el Tomador y/o Asegurado antes de la formalización de la Póliza y que sirve al Asegurador para la valoración del riesgo que es objeto del Seguro.

Enfermedad: Toda alteración de la salud del Asegurado no causada por un accidente, diagnosticada por un Médico, que haga precisa la prestación de asistencia sanitaria y cuyas primeras manifestaciones se presenten durante la vigencia de la Póliza.

Enfermedad, lesión, defecto o deformación 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 Asegurado.

Enfermedad preexistente: Es la padecida por el Asegurado con anterioridad a la fecha de su efectiva incorporación (alta) en la Póliza.

Guía de Utilización: Documento que explica el funcionamiento de este producto.

Hospital o Clínica: Todo establecimiento, público o privado, legalmente autorizado para el tratamiento de enfermedades, lesiones o accidentes, provisto de presencia médica permanente y de los medios necesarios para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas.

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

Hospitalización de Día: Representa el que una persona figure inscrita como paciente en aquellas unidades del hospital así denominadas, tanto médicas como quirúrgicas o psiquiátricas, para recibir un tratamiento concreto o por haber estado bajo la acción de una anestesia y por un periodo inferior a 24 horas.

Implante quirúrgico: Producto sanitario diseñado para ser implantado total o parcialmente en el cuerpo humano mediante intervención quirúrgica y destinado a permanecer allí después de dicha intervención.

Intervención Quirúrgica: Toda operación mediante incisión u otra vía de abordaje interno efectuada por un cirujano y que requiere normalmente la utilización de un quirófano en un Hospital.

Límites establecidos en Condiciones Especiales: Son las cantidades máximas que La Aseguradora se compromete a reembolsar para cada tipo de acto médico especificado.

Médico: Licenciado o Doctor en Medicina, legalmente capacitado y autorizado para tratar médica o quirúrgicamente la enfermedad o lesión que padezca el asegurado.

Médico Especialista o Especialista: Médico que dispone de la titulación necesaria para ejercer su profesión dentro de una especialidad de las legalmente reconocidas.

Plazo o Periodo de Carencia: Intervalo de tiempo durante el cual no son efectivas algunas de las coberturas incluidas dentro de las garantías de la Póliza. Dicho plazo se computa por meses contados desde la fecha de entrada en vigor de la Póliza para cada uno de los Asegurados incluidos en ella.

Póliza: Documento que contiene las cláusulas y pactos reguladores del Contrato de Seguro. Forman parte integrante e inseparable de la Póliza estas Condiciones Generales, las Condiciones Especiales y Particulares que identifican el riesgo, así como los Apéndices que recojan, en su caso, las modificaciones acordadas durante la vigencia del Contrato.

Prima: El precio del Seguro. El recibo de Prima incluirá, además, los recargos, impuestos y tasas legalmente repercutibles. La Prima del Seguro es anual, aunque se fraccione su pago.

Proceso médico: Es el conjunto de atenciones sanitarias que comprende el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión, incluidas la hospitalización y rehabilitación del paciente, en su caso.

Servicios que precisan autorización previa: Se hace referencia a ellos en la Modalidad II de esta Póliza y están especificados en los Cuadros Médicos de La Aseguradora.

Suma asegurada: Es la cantidad máxima de indemnización que La Aseguradora pagará como reembolso de gastos del Asegurado en una anualidad de Seguro completa.

Tarjeta Sanitaria: Documento propiedad del Asegurador que se expide y entrega a cada Ase-

gurado incluido en la Póliza y cuyo uso, personal e intransferible, es necesario para recibir los servicios cubiertos por la Póliza.

Tomador del Seguro: La persona física o jurídica que junto con La Aseguradora suscribe este Contrato, y con ello acepta las obligaciones que en el mismo se establecen, a cambio de las que La Aseguradora toma a su cargo, aunque alguna de ellas, por su naturaleza, deba ser cumplida por el propio Asegurado.

Urgencia: Situación del Asegurado que hace necesaria la asistencia médica con carácter inmediato a fin de evitar un daño irreparable en su salud.

2) Modalidad I: Reembolso de gastos sanitarios

2.1. Cuando el Asegurado requiera asistencia sanitaria comprendida en las especialidades y servicios que incluye la cobertura según las cláusulas, 4 y 5 (Cláusulas Descriptivas de Cobertura) y decida recibirla en un hospital o clínica y/o de facultativos ajenos a los Cuadros Médicos de La Aseguradora, La Aseguradora reembolsará al Asegurado, los gastos que el tratamiento conlleve, de acuerdo con los límites y porcentajes establecidos en las Condiciones Especiales de este Seguro.

2.2. Para obtener el reembolso de gastos sanitarios que cita el apartado anterior, el Asegurado se obliga a presentar en las oficinas de La Aseguradora la documentación siguiente:

a) Impreso de solicitud de reembolso de gastos, según modelo de La Aseguradora, debidamente cumplimentado y firmado por el Asegurado.

b) Originales o copias de las facturas relativas a los gastos sanitarios causados y de los recibos o documentos que acrediten haber satisfecho su importe a los establecimientos y profesionales sanitarios que correspondan.

Las facturas incluirán:

- Nombre y apellidos o denominación social de la persona física o jurídica que las emita, su domicilio, teléfono, número de colegiado y especialidad en su caso y N.I.F. o C.I.F.

- Desglose adecuado de los diversos conceptos asistenciales y su naturaleza (clase de acto/s médico/s y su/s fecha/s).

c) Originales o copias de las prescripciones médicas en caso de medios de diagnóstico, tratamientos especiales, hospitalización y otros servicios.

d) En caso de hospitalización, informe clínico en el que se hagan constar antecedentes, fecha de inicio, causa, origen y evolución de la enfermedad o lesión, así como la asistencia sanitaria prestada al Asegurado.

Será imprescindible para el reembolso de los gastos sanitarios producidos que los documentos identifiquen por su nombre y apellidos al paciente receptor de la asistencia.

No obstante lo anterior, el Asegurado, cuando así sea requerido por la Aseguradora, deberá aportar los originales de la anterior documentación.

En todo caso, La Aseguradora se obliga a observar la confidencialidad en los datos referentes a la salud y actuar de acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/99, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal.

Con independencia de todo ello, el Asegurado se obliga a prestar a La Aseguradora toda la colaboración que ésta le solicite para completar su información sobre el siniestro y sus consecuencias, permitiendo la visita médica de los profesionales Médicos y especialistas designados por La Aseguradora, los cuales no sólo velarán por el exacto cumplimiento del Contrato de Seguro sino que apoyarán con sus conocimientos al equipo Médico que atienda al paciente. Dentro de esta colaboración, el Asegurado se obliga a facilitar a La Aseguradora traducción oficial de los documentos redactados en idiomas distintos a los que tienen carácter de oficiales en el Estado español. Cuando los documentos aportados se encontrasen redactados en los idiomas inglés y/o francés, y el Asegurado no aporte traducción de los mismos, éste da conformidad a La Aseguradora para que sea ésta quien proceda a su traducción al castellano. En tal supuesto, el Asegurado acepta la traducción así realizada por La Aseguradora.

2.3. La Aseguradora hará efectivo al Asegurado el importe que corresponda dentro de los 15 días laborables siguientes a la recepción de la documentación completa especificada en el apartado anterior. El pago se realizará siempre en moneda española, aunque las facturas se hayan extendido en otra moneda diferente. En este último caso, se efectuará el pago al cambio aplicable en la fecha de recepción de las facturas por La Aseguradora.

Aunque La Aseguradora abonará en principio al Asegurado las indemnizaciones previstas en la Póliza, se reserva expresamente la facultad de realizar ese pago directamente a los profesionales y centros sanitarios emisores de la correspondiente factura, siempre que ésta no hubiera quedado previamente satisfecha, y en la cuantía correspondiente al Asegurador de acuerdo con los límites establecidos en Condiciones Especiales.

3) Modalidad II: Prestación de asistencia sanitaria por medio de los cuadros médicos de La Aseguradora

La asistencia sanitaria cubierta por el Seguro en esta Modalidad se prestará en todas las ciudades españolas donde La Aseguradora tenga contratada esta prestación con facultativos, clínicas y otros establecimientos e instituciones, incluso Entidades de Seguro, que estarán incluidas en sus Cuadros Médicos.

La Aseguradora entregará al Asegurado un ejemplar del Cuadro Médico correspondiente a la provincia de residencia, con especificación del centro o centros permanentes de urgencia médica y quirúrgica, del servicio permanente de asistencia ambulatoria, de los hospitales y clínicas, de las direcciones y horarios de consulta de los facultativos y de los servicios de información, urgencias y asistencia ambulatoria permanente en todas las capitales de las demás provincias y el Cuadro Médico de las provincias de las que el Asegurado expresamente lo solicite, estando en todo caso a disposición del Asegurado la información nacional de los servicios de la Compañía.

La prestación tendrá lugar de acuerdo con lo siguiente:

3.1. El Asegurado puede elegir libremente para su asistencia a cualquiera de los Médicos incluidos en los Cuadros provinciales que La Aseguradora pone a su disposición.

3.2. La visita domiciliaria de Medicina General y ATS, se solicitará, para los enfermos que no puedan desplazarse a la consulta, antes de las 10 horas, para ser realizada en el día. El uso adecuado de este servicio requiere que se utilice sólo por motivos estrictamente médicos.

La Aseguradora se obliga a prestar la asistencia únicamente en el domicilio del Asegurado que figura en la Póliza, siempre y cuando esté concertado dicho servicio en esa zona; cualquier cambio de este deberá notificarse al Asegurador por cualquier medio fehaciente con una antelación mínima de ocho días al requerimiento de una prestación en él.

3.3. Por cada uno de los servicios recibidos en una misma cita, el Asegurado deberá exhibir la tarjeta sanitaria personal que La Aseguradora le entregará al efecto, debiendo firmar los recibos justificativos de los servicios recibidos, una de cuyas copias le será entregada al Asegurado como comprobante.

El Asegurado abonará por cada servicio recibido, el importe que, en concepto de franquicia o participación en el coste de los mismos, se establece en las Condiciones Particulares.

A estos efectos, La Aseguradora, periódicamente remitirá al Tomador del Seguro un extracto comprensivo de los servicios que hubieren utilizado los Asegurados incluidos en la Póliza, junto con el importe de las franquicias correspondientes a los mismos.

El cobro de la cantidad total que resultare se efectuará mediante recibo domiciliado en la cuenta bancaria que el Tomador haya designado para el pago de la Prima.

El importe de las franquicias podrá ser actualizado por La Aseguradora, de conformidad con lo establecido en la Condición General 13ª (Cláusulas Jurídicas).

3.4. PARA LA HOSPITALIZACIÓN Y PARA LA PRESTACIÓN DE AQUELLOS SERVICIOS QUE PRECISAN AUTORIZACIÓN PREVIA DE LA COMPAÑÍA, SERÁ NECESARIA LA PRESCRIPCIÓN POR EL MÉDICO QUE TENGA A SU CARGO LA ASISTENCIA DEL ASEGURADO, EL CUAL DEBERÁ OBTENER LA CONFORMIDAD PREVIA DOCUMENTADA DE LA ASEGURADORA EN SUS OFICINAS. Una vez otorgada esa conformidad, vinculará económicamente a La Aseguradora.

En los casos de urgencia, será suficiente a estos efectos la orden del Médico, PERO EL ASEGURADO DEBERÁ OBTENER LA CONFORMIDAD DE LA ASEGURADORA EN SUS OFICINAS, DENTRO DE LAS SETENTA Y DOS HORAS SIGUIENTES AL INGRESO. La Aseguradora quedará vinculada económicamente hasta el momento en que manifieste sus reparos a la prescripción del Médico, por entender que no queda cubierta en la Póliza.

3.5. Para recibir un servicio de urgencia, deberá solicitarse por teléfono o acudir directamente, según proceda, a un centro permanente de urgencia de los que La Aseguradora tiene establecidos, cuya dirección y teléfono figuran en el Cuadro impreso que se entrega al Asegurado.

4) Cartera de servicios con cobertura

Los avances diagnósticos y terapéuticos que se vayan produciendo en la ciencia médica, en el periodo de cobertura de este seguro, podrán pasar a formar parte de las coberturas de esta póliza siempre que los estudios de validación de su efectividad sean ratificados por las Agencias de Evaluación de las Tecnologías Sanitarias dependientes de los Servicios de Salud de las CC.AA. o del Ministerio de Sanidad, mediante un informe positivo.

En cada renovación de esta póliza, SegurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros detallará las técnicas o tratamientos que pasan a formar parte de las coberturas de la póliza para el siguiente periodo.

Las especialidades, prestaciones sanitarias cuyo coste económico se encuentra cubierto por esta póliza son las correspondientes a las siguientes especialidades:

4.1. MEDICINA PRIMARIA

- **Medicina General.** Asistencia en consulta y a domicilio.
- **Pediatría y Puericultura.** Para niños menores de catorce años.
- **Enfermería.** Servicio en consulta y a domicilio. En este último caso siempre y cuando el enfermo guarde cama y previa prescripción de un facultativo del Cuadro Médico o fuera del Cuadro Médico de La Aseguradora.

4.2. URGENCIAS

La Asistencia Sanitaria en casos de urgencia se prestará en los centros de urgencia permanente (24 horas) que se indique en el Cuadro Médico de La Aseguradora. La asistencia será domiciliaria siempre que el estado del enfermo lo requiera.

4.3. ESPECIALIDADES

Asistencia sanitaria en consultas médicas o en régimen de hospitalización (**según proceda a criterio de un facultativo del Cuadro Médico de La Aseguradora**), en las especialidades que a continuación se citan:

- **Alergología.** Las vacunas serán a cuenta del Asegurado.
- **Anestesia y reanimación.**
- **Angiología y cirugía vascular.** Incluye el tratamiento endoluminal de varices por láser siempre y cuando no sea por motivos estéticos.
- **Aparato digestivo.** Queda excluida la cápsula endoscópica.
- **Cardiología.**
- **Cirugía cardiovascular.**
- **Cirugía general y del aparato digestivo.** Incluye la cirugía bariátrica para pacientes en quienes haya fracasado el tratamiento conservador supervisado, con un índice de masa corporal igual o superior a 40 kg/m² o a 35 si se asocian comorbilidades mayores.
- **Cirugía maxilo-facial.** Quedan excluidos los tratamientos estéticos. Asimismo queda excluida la cirugía ortognática, la cirugía preimplantacional y la cirugía preprotésica aunque las mismas tengan finalidad funcional.
- **Cirugía Pediátrica.**
- **Cirugía plástica reparadora.** Está excluida la cirugía con fines estéticos, salvo la reconstrucción de la mama afectada tras mastectomía, que incluirá, en su caso, la prótesis mamaria y los expansores de piel.
- **Cirugía torácica.**
- **Dermatología médico quirúrgica.**
- **Endocrinología y nutrición.**
- **Geriatría.**

- Hematología y hemoterapia.
- Inmunología.
- Medicina interna.
- Medicina nuclear.
- Nefrología.
- Neonatología.
- Neumología.
- Neurocirugía.
- Neurofisiología clínica.
- Neurología.
- **Obstetricia y ginecología.** Vigilancia del embarazo y asistencia a los partos.
- **Odonto-estomatología.** Se encuentran cubiertas las curas estomatológicas, extracciones y limpieza de boca anual. A partir de la segunda limpieza anual, será necesaria la prescripción médica.
- **Oftalmología.** Incluye la retinografía, la tomografía de coherencia óptica, ortóptica, tratamiento de la degeneración macular asociada a la edad por terapia fotodinámica o inyección intravítrea de fármacos (en este caso el coste los fármacos utilizados correrán a cargo del Asegurado). Queda excluida la corrección quirúrgica de la miopía, hipermetropía o astigmatismo y presbicia y cualquier otra patología refractiva ocular.
- **Oncología médica y radioterápica.**
- **Otorrinolaringología.** Incluye la radiofrecuencia de cornetes y la cirugía mediante Láser CO².
- **Psicología Clínica:** Con un máximo de veinte sesiones por año o cuarenta sesiones en caso de trastornos alimentarios. Requerirá la prescripción de un especialista en psiquiatría concertado y la autorización previa de La Aseguradora. **Se excluye el psicoanálisis, hipnosis, test neuropsicológicos y psicométricos, sofrología, narcolepsia ambulatoria, cualquier método de asistencia psicológica no-conductual, la psicoterapia de grupo y la rehabilitación psicosocial.**
- **Psiquiatría.**
- **Rehabilitación y fisioterapia, previa prescripción de un facultativo del Cuadro Médico de La Aseguradora.** Incluye la rehabilitación y fisioterapia del aparato locomotor, la rehabilitación del suelo pélvico (**Exclusivamente** para disfunciones producidas como consecuencia del embarazo y parto, cubiertos previamente por el Seguro) y la rehabilitación cardiaca (**Exclusivamente** para recuperación inmediata en pacientes que hayan sufrido un infarto agudo de miocardio y/o cirugía cardiaca con circulación extracorpórea, cubiertos previamente por el Seguro). **Quedan excluidos los tratamientos de fisioterapia y rehabilitación cuando haya conseguido la recuperación funcional, o el máximo posible de ésta, o cuando se convierta en terapia de mantenimiento ocupacional, así como la rehabilitación neuropsicológica o estimulación cognitiva.**
- **Reumatología.**
- **Tratamiento del dolor.** Incluye los reservorios implantables (port-a-cath), quedando excluidas las bombas implantables para perfusión de medicamentos y los electrodos de estimulación medular.

- **Traumatología y cirugía ortopédica.** Cirugía artroscópica. **Queda expresamente excluida la infiltración de plasma rico en plaquetas o factores de crecimiento.**

- **Urología.** Incluye el uso del láser para el tratamiento quirúrgico de la hiperplasia benigna de próstata.

4.4. MEDICINA PREVENTIVA

Quedan incluidos los controles preventivos, adecuados a la edad del Asegurado, prescritos por un facultativo del Cuadro Médico de La Aseguradora, y realizados con medios y técnicas cubiertas por la garantía de la Póliza.

- **Pediatría:** incluye controles preventivos y de desarrollo infantil.

- **Obstetricia y Ginecología:** revisión ginecológica anual, para la prevención del cáncer de mama, endometrio y cérvix.

- **Cardiología:** incluye la prevención del riesgo coronario en personas mayores de 40 años.

- **Urología:** revisión urológica anual para la prevención del cáncer de próstata.

- **Planificación familiar:** Control del tratamiento con anovulatorios, implantación del DIU y su vigilancia, **siendo por cuenta de la Asegurada, el coste del dispositivo.** Ligadura de trompas y vasectomía. **Queda expresamente excluida la interrupción voluntaria del embarazo y las reducciones embrionaria, así como los tratamientos de esterilidad o infertilidad.**

4.5. MEDIOS DE DIAGNÓSTICO

4.5.1. **Análisis Clínicos, anatomía patológica y citopatología.**

4.5.2. **Radiología general:** incluye las técnicas habituales de diagnóstico por la imagen, quedando incluida la utilización de medios de contraste.

4.5.3. **Otros medios de diagnóstico:** doppler cardiaco, electrocardiografía, electroencefalografía, electromiografía, fibroendoscopia y ecografías.

4.5.4. **Medios de diagnóstico de alta tecnología:**

- Inmunohistoquímica, ergometría, holter, estudios electrofisiológicos y terapéuticos, medicina nuclear, amniocentesis y cariotipos, polisomnografía.

- Resonancia magnética y Tomografía Axial Computarizada (TAC/escáner).

- Colonografía realizada mediante TAC (**exclusivamente** como prueba complementaria a la fibrocolonoscopia por intolerancia o estenosis y en pacientes con problemas médicos que contraindiquen la práctica de fibrocolonoscopia convencional).

- Coronariografía por TAC (**exclusivamente** para pacientes con enfermedad coronaria sintomática con prueba de esfuerzo no concluyente, en cirugías de recambio valvular y en valoración de estenosis tras cirugía de by-pass coronario y en malformaciones del árbol coronario, **no incluyendo bajo ninguna circunstancia la valoración de estenosis tras implantación de stent, la utilización para cuantificación del calcio en arterias coronarias y su utilización como prueba diagnóstica de screening**).

- PET/TAC (Quedan incluidos **exclusivamente** los realizados con el radiofármaco ¹⁸F-FDG y en las indicaciones clínicas establecidas en la ficha técnica del mismo y autorizadas por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios).

- Pruebas genéticas: Quedan cubiertas **exclusivamente** aquellas pruebas cuyo fin sea el diagnóstico de enfermedades en pacientes afectos y sintomáticos. Incluye también las dianas tera-

péuticas cuya determinación sea exigida en la ficha técnica emitida por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios para la administración de algunos fármacos. **Quedan expresamente excluidos de la cobertura del Seguro, cualquier medio de diagnóstico y/o tratamiento mediante terapia génica, los estudios de farmacogenética, la determinación del mapa genético con fines predictivos o preventivos y cualesquiera otra técnica genética o de biología molecular.**

4.5.5. Medios de diagnóstico intervencionista: radiología intervencionista vascular y visceral y hemodinámica vascular.

Las pruebas de diagnóstico, en todos los casos, han de ser prescritas por Médicos del Cuadro Médico de La Aseguradora que tengan a su cargo la asistencia del Asegurado, asistencia que ha de estar cubierta por la Póliza.

4.6. HOSPITALIZACIÓN

Cualquier tipo de hospitalización se realizará en clínica u hospital designado por la Entidad Aseguradora. Para ello será necesaria la previa prescripción de un especialista concertado y autorización escrita de ésta.

La hospitalización se hará siempre en habitación individual que dispondrá de cama para el acompañante excepto en las hospitalizaciones psiquiátricas, en U.V.I. y neonatológicas, y serán por cuenta de La Aseguradora los gastos derivados de la realización de los métodos diagnósticos y terapéuticos, tratamientos quirúrgicos (incluidos gastos de quirófano y medicamentos) y estancias con la manutención del enfermo, comprendidos en la cobertura de la póliza.

Queda excluida la asistencia y tratamiento hospitalario por razones de tipo social.

- **Hospitalización obstétrica (partos).** Incluye el tratamiento del ginecólogo obstetra y/o la matrona en ingreso hospitalario durante el proceso de embarazo y/o parto; y el nido y/o la incubadora para el recién nacido durante su internamiento hospitalario.

- **Hospitalización quirúrgica.** Incluye las especialidades quirúrgicas para el tratamiento de las patologías que así lo requieran, el estudio preoperatorio o preanestésico (consulta, analítica y electrocardiograma), las visitas y curas del postoperatorio inmediato, la cirugía mayor ambulatoria, y en su caso los implantes quirúrgicos y prótesis.

- **Hospitalización médica sin intervención quirúrgica.** Incluye las distintas especialidades médicas para el diagnóstico y/o tratamiento de las patologías médicas susceptibles de ingreso.

- **Hospitalización pediátrica.** Para menores de 14 años. Incluye la asistencia por motivo de intervención quirúrgica o enfermedad médica tanto en hospitalización convencional como en unidades de neonatología (cuidados intensivos y/o cuidados intermedios).

- **Hospitalización en Unidad de Vigilancia Intensiva (U.V.I.).**

- **Hospitalización psiquiátrica.** Exclusivamente para los enfermos de procesos agudos o crónicos en periodo de agitación, previamente diagnosticados por un especialista del Cuadro Médico de La Aseguradora, en régimen de internamiento o en hospitalización de día, con un límite de sesenta días por año natural.

-**Hospitalización de día:** Tanto para procesos quirúrgicos como médicos, incluidos los tratamientos quimioterápicos en oncología. Comprende los gastos de estancia, la medicación y los medios de diagnósticos utilizados durante la permanencia en el centro hospitalario.

4.7. IMPLANTES Y PRÓTESIS QUIRÚRGICAS

Serán suministrados siempre por las empresas designadas por La Aseguradora. La garantía comprende, previa prescripción escrita de un médico especialista del Cuadro Médico, las prótesis internas y materiales implantables expresamente indicados a continuación:

- **Cardiovasculares:** Marcapasos, (monocamerales, bicamerales y resincronizadores, **con exclusión de los desfibriladores**), válvulas cardiacas mecánicas, biológicas xenólogas y anillos para valvuloplastia (**con exclusión de los conductos valvulados**), stent coronario (medicalizado o no medicalizado), prótesis de bypass vascular.
- **Osteoarticulares:** Prótesis internas traumatológicas, el material de osteosíntesis y el material osteo-ligamentoso biológico obtenido de bancos de tejidos nacionales.
- **Mama:** Prótesis mamaria y expansores cutáneos para la reconstrucción de la mama mastectomizada.
- **Oftalmológicos:** Lentes intraoculares (monofocales y bifocales) para la corrección de la afaquia tras cirugía de cataratas (**con exclusión de las lentes tóricas**).
- **Quimioterapia o Tratamiento del Dolor:** Reservorios implantables (ports).
- **Implantes reparadores:** Mallas sintéticas para reconstrucción abdominal o torácica.

El coste de cualquier otro tipo de implante quirúrgico, prótesis externas, ortesis y ortoprétesis no incluidos en el detalle anterior correrán a cargo del Asegurado.

4.8. TRATAMIENTOS ESPECIALES

- **Terapias respiratorias a domicilio.** Incluye oxigenoterapia (líquida, con concentrador o gaseosa), aerosolterapia (**en este caso la medicación correrá a cargo del Asegurado**), ventilación con presión positiva continua en vía aérea (CPAP) y ventilación con dispositivos binivel (BIPAP).
- **Transfusiones de sangre y/o plasma.**
- **Logopedia y foniatría.** Tratamiento de patologías del lenguaje, del habla y de la voz derivadas exclusivamente de procesos orgánicos. **Queda excluido el tratamiento de los trastornos del aprendizaje (dislexia, disgrafía y discalculia).**
- **Laserterapia.** Incluye fotocoagulación en oftalmología, la cirugía en coloproctología, las intervenciones quirúrgicas en ginecología, otorrinolaringología y dermatología, así como el láser en rehabilitación músculo-esquelética, en las intervenciones para la hiperplasia benigna de próstata y en el tratamiento endoluminal de las varices. **Quedan expresamente excluidas todas aquellas técnicas quirúrgicas o terapéuticas que empleen láser y no se encuentren en el detalle anterior.**
- **Electrotermoterapia en rehabilitación.**
- **Nucleotomía percutánea.**
- **Hemodiálisis para insuficiencias renales agudas o crónicas.**
- **Quimioterapia.** En régimen de internamiento o en hospitalización de día. **La Aseguradora sólo asumirá los gastos de medicamentos clasificados como citostáticos, comercializados en España y que estén autorizados por el Ministerio de Sanidad.** Incluye los reservorios implantables (port-a-cath). **Quedan expresamente excluidos los tratamientos quimioterápicos intraoperatorios como, por ejemplo, la quimioterapia intraperitoneal.**
- **Oncología radioterápica.** Incluye cobaltoterapia, braquiterapia, acelerador lineal, los isóto-

pos radioactivos, la radioneurocirugía esterotáxica, y la radioterapia de intensidad modulada en los tumores intracraneales.

- Litotricia renal.

- Ondas de choque para calcificaciones musculotendinosas.

Los tratamientos anteriores, en todos los casos, han de ser prescritos por facultativos del Cuadro Médico de La Aseguradora que tengan a su cargo la asistencia del Asegurado, asistencia que ha de estar cubierta por la Póliza.

4.9. TRASPLANTES DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS DE ORIGEN HUMANO

El Seguro incluye las actuaciones médicas y quirúrgicas sobre el propio Asegurado que resulten necesarias para realizarle el trasplante de órgano (cornea, médula ósea, corazón, pulmón hígado y riñón), con las gestiones administrativas que ello conlleve.

Quedan excluidos otros trasplantes o autotrasplantes de órganos, tejidos o células no indicados en el detalle anterior. Asimismo quedan excluidas en todos los trasplantes de órganos, las actuaciones médicas y quirúrgicas a realizar sobre la persona del donante, sea o no Asegurado para la extracción del órgano a trasplantar a otra persona, y las actuaciones correspondientes a la conservación y traslado del órgano.

4.10. OTROS SERVICIOS

- **Ambulancias.** Para el traslado dentro de la provincia de residencia de los enfermos cuyo estado físico lo requiera. El Seguro cubre exclusivamente el desplazamiento del Asegurado desde su domicilio al hospital o viceversa y sólo para ingreso hospitalario o asistencia de urgencia. Será necesaria la prescripción de un facultativo del Cuadro Médico de La Aseguradora, salvo en caso de urgencia. Quedan excluidos los gastos de transporte del Asegurado al centro y viceversa en casos de rehabilitación y fisioterapia, y en casos de diálisis.

- **Preparación al parto.** Asistencia impartida en cursos de preparación que incluye los ejercicios físicos de relajación y de simulación de los periodos de dilatación y expulsión al parto.

- **Podología.** Exclusivamente tratamientos de quiropodia en consulta. Con un máximo de seis sesiones por año.

5) Exclusiones

Junto con las citadas anteriormente en el epígrafe "Cartera de servicios con Cobertura" quedan excluidos en las coberturas del seguro:

A) Los daños físicos que sean consecuencia de guerras, motines, revoluciones y terrorismo; los causados por epidemias declaradas oficialmente; los que guarden relación directa o indirecta con radiación o reacción nuclear y los que provengan de cataclismos (terremotos, inundaciones y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos).

B) La asistencia sanitaria que esté cubierta por el Seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, según su legislación específica.

C) La asistencia sanitaria de las lesiones producidas a causa de embriaguez, riñas (salvo en caso de legítima defensa), autolesiones o intentos de suicidio.

Se entiende por embriaguez la establecida en la legislación sobre tráfico, circulación de ve-

hículos de motor y seguridad vial, con independencia de que el siniestro suceda o no con ocasión de la conducción de vehículo a motor por el Asegurado.

D) Los fármacos y medicamentos de cualquier clase, productos sanitarios y medios de cura salvo los que se administren al paciente mientras esté hospitalizado y los medicamentos de quimioterapia indicados en el apartado tratamientos especiales que se administren en hospital de día.

E) La asistencia sanitaria derivada de alcoholismo crónico o adicción a drogas o psicofármacos de cualquier tipo.

F) La asistencia sanitaria que se precise como consecuencia de lesiones producidas durante la práctica profesional de cualquier deporte y/o actividad, así como la práctica no profesional de actividades manifiestamente peligrosas o de alto riesgo como el toreo o encierro de reses bravas, artes marciales, espeleología, submarinismo, escalada, puenting, parapente, paracaidismo, barranquismo, rafting, vuelo sin motor o cualquier otra de análoga naturaleza.

G) La asistencia sanitaria de toda clase de enfermedades, estados de salud, lesiones, defectos o deformaciones congénitas o preexistentes a la fecha de efecto del alta de cada Asegurado en la Póliza, que siendo conocidas por el Asegurado, no hubiesen sido declaradas por éste en el cuestionario de salud. Esta exclusión no afectará a los asegurados incorporados a la Póliza desde su nacimiento conforme la cláusula 4.1.E. (Cláusulas Jurídicas).

H) El diagnóstico, tratamiento e intervenciones quirúrgicas realizadas con fines puramente estéticos o cosméticos.

I) La asistencia sanitaria del SIDA y de las enfermedades causadas por el virus de inmunodeficiencia humana (V.I.H.).

J) La cirugía robótica asistida en todas las especialidades, las cirugías profilácticas y las cirugías del cambio de sexo.

K) Cualquier tratamiento o prueba diagnóstica cuya utilidad o eficacia no esté contrastada científicamente o sean considerados de carácter experimental o no hayan sido ratificadas por las agencias españolas de evaluación de tecnologías sanitarias.

L) Los gastos por viaje y desplazamientos.

M) El Reembolso de gastos de la asistencia sanitaria no quirúrgica prestada por el cónyuge del Asegurado o parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad o afinidad.

No obstante lo anterior, en los supuestos contemplados en las anteriores exclusiones B), C), E) y F), La Aseguradora asume la asistencia sanitaria que deba prestarse al Asegurado en situación de urgencia y mientras ésta dure. Si la asistencia urgente incluye la hospitalización del paciente, la cobertura finalizará a las 24 horas del ingreso de éste en el centro hospitalario.

6) Límites generales

La Aseguradora asume las obligaciones que recogen las cláusulas 2 y 3 (Cláusulas Descriptivas de Cobertura) dentro de los límites que se establecen a continuación:

6.1. Ámbito geográfico Modalidad I.

Los centros y profesionales sanitarios de los que el Asegurado puede recibir asistencia, solicitando el reembolso de gastos previstos en la cláusula 2ª (Cláusulas Descriptivas de Cobertura), pueden estar radicados en cualquier país del mundo, incluida España. Están excluidos de esta modalidad de Seguro todos los profesionales y centros concertados que figuran en los Cuadros Médicos de La Aseguradora, siendo responsabilidad del Asegurado conocer esta circunstancia antes de recibir la asistencia, para lo cual La Aseguradora otorgará las máximas facilidades de asistencia telefónica y documental.

6.2. Ámbito geográfico Modalidad II.

La prestación de asistencia sanitaria por medio de los Cuadros Médicos de La Aseguradora, se realizará exclusivamente dentro de España. En esta Modalidad II se excluye expresamente el pago mediante el reembolso de gastos previsto en la Modalidad I, siendo preceptivo el pago de los servicios con talón de asistencia o cualquier otro medio de pago establecido por La Aseguradora, de acuerdo con la cláusula 3ª (Cláusulas Descriptivas de Cobertura).

6.3. Comunicación de siniestros.

Para la aplicación de las garantías incluidas en la Modalidad I, el Asegurado o cualquier persona en su nombre deberá comunicar el siniestro en oficinas de La Aseguradora a la mayor brevedad posible y en todo caso dentro del plazo máximo de siete días de haberlo conocido, conforme dispone el artículo 16 de la Ley.

En el caso de intervención quirúrgica o de hospitalización deberá comunicarlo dentro de los siete días inmediatamente anteriores al ingreso hospitalario, salvo en los casos de urgencia, sin perjuicio de lo establecido en la Ley.

A efectos de las garantías que comprende la Modalidad II, se entenderá comunicado el siniestro al solicitar el Asegurado la prestación de asistencia según lo previsto en la Póliza.

6.4. Límites cuantitativos.

Si el Asegurado utiliza para su asistencia sanitaria la Modalidad II, es decir mediante los Cuadros Médicos de La Aseguradora, ésta hará frente a los gastos que ello represente sin límite cuantitativo alguno.

De utilizar el Asegurado alguna de las garantías que comprende la Modalidad I de Reembolso de Gastos, se aplicarán los siguientes límites cuantitativos:

A) SUMA ASEGURADA ANUAL. Computará a los efectos de suma asegurada el total de las cantidades reembolsadas por gastos sanitarios producidos durante un año natural. Alcanzado el límite de la suma asegurada establecida en Condiciones Especiales, se entenderán finalizadas las obligaciones de La Aseguradora en la Modalidad I (Reembolso), hasta un nuevo año natural. Con el objeto de unificar el vencimiento de las Pólizas a 31 de diciembre, en caso de que el Seguro inicie su vigencia con posterioridad al 1 de enero, la suma asegurada establecida en las Condiciones Especiales, para el primer año será proporcional a la fracción de año contratada.

También se aplicará la proporcionalidad el año en que se extinga la Póliza, si la extinción es anterior al 31 de diciembre.

B) LÍMITES PARCIALES. Son los límites establecidos en Condiciones Especiales para los distintos tipos de acto médico. Son las cantidades máximas que La Aseguradora reembolsará para cada tipo de acto médico para los que se especifican. Sólo computarán y se aplicarán a la Modalidad I de reembolso de gastos.

Asimismo, en el caso de varias intervenciones por la misma vía de abordaje, se indemnizará sólo la de mayor importe.

Si transcurridas 24 horas de la intervención, se requiriese una nueva, aunque tenga el mismo origen, se considerará como nueva intervención a los efectos de la indemnización.

6.5. Medios sanitarios ajenos a La Aseguradora.

En relación con la asistencia sanitaria que el Asegurado reciba de profesionales, centros y establecimientos sanitarios ajenos a los Cuadros Médicos de La Aseguradora, ésta no asume otras obligaciones que las citadas en la cláusula 2ª (Cláusulas Descriptivas de Cobertura), según las Condiciones Especiales.

6.6. Utilización combinada de ambas Modalidades.

El uso combinado de garantías comprendidas en una y otra Modalidad para un mismo proceso médico, sólo será posible si lo permiten los acuerdos de La Aseguradora con los profesionales, centros y establecimientos de sus Cuadros Médicos que intervengan en el proceso.

En otro caso, los gastos devengados en la asistencia del Asegurado, en su totalidad, serán asumidos por La Aseguradora con arreglo a las previsiones de la Modalidad I de Reembolso de Gastos, de acuerdo con los límites cuantitativos establecidos en Condiciones Especiales.

7) Seguro de los recién nacidos

Los recién nacidos podrán ser Asegurados de acuerdo con la cláusula 4ª (Cláusulas Jurídicas) y tendrán la cobertura especificada en la Póliza.

En cuanto a enfermedades congénitas, a pesar de que con carácter general está excluida la cobertura de enfermedades congénitas, de acuerdo con la cláusula 5ª (Cláusulas Descriptivas de Cobertura), cuando se trate de recién nacidos hijos de madre Asegurada en la Póliza desde al menos diez meses antes del nacimiento y que hayan sido dados de alta en la Póliza dentro de los 15 días naturales siguientes a la fecha de alta hospitalaria del recién nacido y como plazo máximo, 30 días naturales transcurridos desde el nacimiento, La Aseguradora otorgará la siguiente cobertura:

- Estará cubierta dentro de la Modalidad II la asistencia sanitaria que precise el recién nacido como consecuencia de enfermedades congénitas.
- Estará cubierta dentro de la Modalidad I de Reembolso de Gastos la asistencia sanitaria que precise como consecuencia de enfermedades congénitas sólo durante el primer año de vida y en todo caso hasta el límite indicado en Condiciones Especiales.

8) Periodos de carencia

Todas las prestaciones que en virtud de la Póliza asume La Aseguradora serán facilitadas desde la fecha de entrada en vigor del Contrato para cada uno de los Asegurados. SE EXCEPTÚAN DEL ANTERIOR PRINCIPIO GENERAL LAS PRESTACIONES SIGUIENTES:

MEDIOS DE DIAGNÓSTICO	
Medios de diagnóstico de alta tecnología.	3 meses
Medios de diagnóstico intervencionista.	6 meses
HOSPITALIZACIÓN	
Intervenciones quirúrgicas en régimen ambulatorio (Intervenciones del grupo 0 al II según clasificación de la Organización Médica Colegial).	3 meses
Ligadura de trompas y vasectomía.	6 meses
Hospitalización por cualquier motivo o naturaleza en régimen de internamiento o en hospital de día, así como las intervenciones quirúrgicas realizadas en estos regímenes.	10 meses
Coste de Implantes quirúrgicos y prótesis.	10 meses
Intervenciones quirúrgicas y partos distócicos que tengan lugar en situación de urgencia vital, no se aplicará el periodo de carencia previsto, y tampoco en los partos prematuros, entendiéndose como tales los que se produzcan con anterioridad al cumplimiento de la 28ª semana de gestación.	
TRATAMIENTOS ESPECIALES	
Electrotermoterapia en rehabilitación.	3 meses
Laserterapia: en tratamientos de fotocoagulación en oftalmología así como el láser en rehabilitación músculo-esquelética.	3 meses
Nucleotomía percutánea	3 meses
Laserterapia. Cirugía en coloproctología, las intervenciones quirúrgicas en ginecología, otorrinolaringología, dermatología, el tratamiento endoluminal de las varices y el tratamiento de hiperplasia benigna de próstata.	10 meses
Díalisis.	10 meses
Ondas de choque para calcificaciones musculotendinosas.	10 meses
Litotricia renal.	10 meses
Quimioterapia y Oncología Radioterápica.	10 meses

El Tomador

El Asegurador



Nº PÓLIZA

atención 24 h

902 200 200 - www.adeslas.es

Adeslas

S.RE.424/04

SegurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros, con NIF A28011864
y con domicilio social en calle de Juan Gris, 20-26, 08014 Barcelona (España), inscrita en el R.M. de Barcelona, tomo 20481, folio 130, hoja B-6492.

PREGUNTAS FRECUENTES

A lo largo del documento, le explicamos la mayoría de las cuestiones que se le pueden plantear a la hora de hacer uso del Seguro que usted ha contratado.

No obstante, en este apartado pretendemos dar respuesta de forma clara y directa a algunas de las preguntas más frecuentes que nos realizan nuestros asegurados.

Desde La Aseguradora, esperamos que le resulten de gran utilidad.

¿Qué tiene que hacer con esta documentación?

Firmar las condiciones Particulares, Generales y Especiales si las hubiere y remitirnos las copias firmadas dentro del sobre franqueado que se incluye en la documentación que usted ha recibido.

¿Qué debe hacer si pierde su tarjeta de salud?

En caso de pérdida o deterioro de la tarjeta sanitaria, se deberá comunicar en un plazo de 72 horas con La Aseguradora, a través de nuestra web www.adeslas.es, por teléfono en nuestra línea de atención directa 902 200 200 o vía fax al número 902 205 205, o personalmente en cualquiera de nuestras oficinas.

La Aseguradora procederá a emitir y enviar una nueva tarjeta al domicilio del Asegurado que figura en la Póliza.

¿Cómo puede ponerse en contacto con La Aseguradora?

A través de nuestra web www.adeslas.es, por teléfono en nuestra línea de atención directa 902 200 200 o vía fax al número 902 205 205, o personalmente en cualquiera de nuestras oficinas.

¿Se puede ir al Médico al día siguiente de contratar su Póliza de salud?

Sí, desde el primer día en que la Póliza entra en vigor, exceptuando aquellas Coberturas que tienen un periodo de carencia determinado para poder disfrutar de sus prestaciones.

¿Cuándo se puede solicitar un servicio a domicilio?

El servicio domiciliario de Medicina General y Enfermería, se solicitará únicamente para los enfermos que no puedan desplazarse a la consulta, antes de las 10:00 horas para que pueda realizarse en el día, solamente en el domicilio del Asegurado que aparezca en la Póliza y siempre y cuando esté concertado dicho servicio en esa zona.

¿Qué pruebas o servicios necesitan autorización?

Algunas pruebas médicas, rehabilitación y psicología. No obstante, si usted necesita información sobre qué prestaciones necesitan autorización, puede ponerse en contacto con nuestro 902.

¿Cómo se puede solicitar una autorización?

Si se trata de pruebas médicas y rehabilitaciones se pueden solicitar a través de la web de La Aseguradora www.adeslas.es, por teléfono en nuestra línea de atención directa 902 200 200 o vía fax al número 902 205 205, o personalmente en cualquiera de las oficinas de La Aseguradora presentando su tarjeta y la prescripción de la prueba médica.

Si se trata de ingresos hospitalarios se realizarán a través de la web de La Aseguradora www.adeslas.es, vía fax al número 902 205 205, o personalmente en cualquiera de las oficinas de La Aseguradora presentando su tarjeta y la prescripción de la prueba médica.

atención 24 h

902 200 200 - www.adeslas.es

Adeslas