

Adeslas Plena Total

CONDICIONES GENERALES

Seguro de enfermedad y accidentes.

Adeslas

Este contrato de seguro comprende de forma inseparable las Cláusulas Jurídicas entre las que se encuentran las Condiciones Comunes o Generales, las Descriptivas de la Cobertura, las Condiciones Particulares, y en su caso las Especiales así como los apéndices que recojan las modificaciones de todo ello acordadas por las partes.

Cláusulas Jurídicas

Condiciones Generales Comunes (C.G.C.)	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.	5
5. Otras obligaciones de la Aseguradora.	7
6. Duración del seguro.	7
7. Pérdida de derechos, resolución del contrato.	8
8. Estado y autoridad de control de la Aseguradora.	9
9. Instancias de reclamación.	9
10. Comunicaciones y jurisdicción.	10
11. Prescripción.	10
12. Actualización de condiciones económicas de la póliza.	11
13. Fiscalidad.	12
Condiciones Generales Descriptivas de la cobertura (C.G.D.)	16
1. Definiciones.	16
2. Cobertura de asistencia sanitaria.	20
3. Cobertura de accidentes.	37
4. Cobertura de asistencia dental.	41
5. Cobertura de asistencia en viaje en el extranjero.	41
6. Exclusiones de las coberturas de asistencia sanitaria, accidentes, dental y asistencia en viaje en el extranjero.	52
7. Formas de obtener la coberturas.	58
8. Periodos de carencia.	67

1. Cláusula preliminar

1.1. 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.

1.2. El presente contrato se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de contrato de seguro (en adelante, la Ley) y por las demás normas españolas reguladoras de los seguros privados, y por lo convenido en las Condiciones Generales, Particulares y, en su caso, especiales del propio contrato.

Cualquier mención realizada a una norma legislativa en esta póliza se entenderá referida a cualquier norma posterior que la modifique o sustituya.

1.3. El Tomador durante la vigencia de la póliza deberá tener su residencia habitual en España. Este requisito es aplicable también a los Asegurados.

2. Objeto del seguro

Dentro de los límites y condiciones estipulados en la póliza y mediante el pago de la prima, franquicias que en cada caso corresponda, la Aseguradora facilitará al Asegurado las siguientes coberturas:

2.1. Asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria que proceda en toda clase de enfermedades y/o lesiones que se encuentren comprendidas en el apartado de "Cobertura de asistencia sanitaria" (Condiciones Generales Descriptivas 2ª) de este Condicionado General, asumiendo la Aseguradora su coste mediante el pago directo a los profesionales o centros concertados que hubieren realizado la prestación.

En todo caso, la Aseguradora asume la cobertura económica de la asistencia sanitaria contratada cuando se requiera en situación de urgencia y mientras dure la misma.

2.2. Accidentes tiene por objeto la cobertura de los riesgos de fallecimiento, incapacidad absoluta y permanente derivados de accidente o accidente de circulación, quedando definido su alcance y límites en el apartado "Cobertura de accidentes" (Condiciones Generales Descriptivas 3ª) de este Condicionado General. **Únicamente estarán Aseguradas las personas con edades comprendidas entre los 18 años hasta el día que cumplan los 76 años.**

2.3. Asistencia dental al Asegurado en los actos y tratamientos de etiología dental relacionados en el Anexo de Actos Dentales, en los que el Asegurado deberá abonar, en su caso, la cantidad a su cargo establecida en el referido anexo.

2.4. Asistencia en viaje tiene por objeto la cobertura de los riesgos derivados de un viaje en el extranjero quedando definido su alcance y límites en el apartado "Cobertura de asistencia en viaje en el extranjero" (Condiciones Generales Descriptivas 5ª) de este Condicionado General.

Para las coberturas de asistencia sanitaria y dental no podrán concederse indemnizaciones optativas en metálico, en sustitución de la prestación de la asistencia cubierta.

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, la Aseguradora quedará liberada 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, la Aseguradora 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 a la Aseguradora, salvo que, a cambio, el corredor entregue al Tomador del seguro el recibo de prima emitido por la Aseguradora.

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 no consumida corresponderá a la Aseguradora.

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, aun sometiéndoselo, se trate de circunstancias que, pudiendo influir en la valoración del riesgo, no estén comprendidas en él.

La Aseguradora podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al Tomador del seguro en el plazo de un mes, a contar desde la fecha en que ésta tuviera conocimiento de la reserva o inexactitud del Tomador del seguro o Asegurado. Corresponderán a la Aseguradora, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al periodo en curso en el momento en que haga esta declaración.

Si el siniestro sobreviene antes de que la Aseguradora haga la declaración a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de éste se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si medió dolo o culpa grave del Tomador del seguro, la Aseguradora quedará liberada del pago de la prestación.

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

c) 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 de vencimiento del seguro en que se produzca dicha baja, procediéndose a la adaptación del importe de la prima a la nueva situación.

d) 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 el momento de su nacimiento. Para ello, el Tomador deberá comunicar a la Aseguradora tal circunstancia 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 la cumplimentación de una solicitud de seguro.

Las altas comunicadas en plazo retrotraerán sus efectos a la fecha del 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, será necesario cumplimentar el Cuestionario de Salud y la Aseguradora podrá denegar la admisión. De aceptarse el nuevo Asegurado, serán aplicables a éste los periodos de carencia establecidos el apartado "Periodos de carencia" (Condiciones Generales Descriptivas 5ª) de estas Condiciones Generales.

En todo caso, la Aseguradora cubrirá la asistencia sanitaria al recién nacido durante los primeros treinta días naturales de vida, finalizando la cobertura transcurrido dicho plazo, si no se hubiere solicitado su alta conforme a lo establecido en el párrafo primero de este apartado.

e) 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.

f) 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.

g) 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.

h) El Asegurado deberá facilitar a la Aseguradora durante la vigencia del contrato cuanta documentación e información médica le sea requerida a los solos efectos de valorar las coberturas y prestaciones que solicite. Una vez sea requerida por la Aseguradora, el proceso de otorgamiento de cobertura quedará en suspenso hasta la completa obtención de la información. La Aseguradora 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 se 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 a la Aseguradora en el plazo de setenta y dos horas.

En tales casos, la Aseguradora procederá a emitir y facilitar una nueva tarjeta al domicilio de 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.

Se considera uso indebido o fraudulento la utilización de la tarjeta sanitaria durante el período en que la cobertura esté en suspenso.

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
- Fecha de alta

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 una antelación no inferior a un mes cuando se trate del Tomador y dos meses cuando se trate de la Aseguradora, a la fecha de conclusión del periodo de seguro en curso.

Si el Asegurado se encontrase hospitalizado, la comunicación efectuada por la Aseguradora oponiéndose a la prórroga de la póliza no surtirá efectos respecto de dicho Asegurado, hasta la fecha en que obtuviere el alta médica hospitalaria, salvo renuncia del Asegurado a seguir el tratamiento.

7. Pérdida de derechos, resolución del contrato

El contrato podrá ser resuelto por la Aseguradora antes de su vencimiento en cualquiera de las situaciones siguientes:

a) En caso de reserva o inexactitud al cumplimentar el Cuestionario de Salud, la Aseguradora podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al Tomador del seguro en el plazo de un mes, a contar desde la fecha en que ésta tuviera conocimiento de la reserva o inexactitud del cuestionario cumplimentado por alguno de los Asegurados incluidas en la póliza. Corresponderán a la Aseguradora, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al período en curso en el momento en que haga esa declaración.

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

b) 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 de contrato de seguro).

c) Si el Tomador, al solicitar el seguro, hubiere declarado de forma inexacta el año de nacimiento de alguno o algunos Asegurados, la Aseguradora sólo podrá resolver el contrato si la verdadera edad de aquellos, a la fecha de entrada en vigor de la póliza, excediere de los límites de admisión establecidos por la Aseguradora.

d) Cuando el Tomador deje de tener su domicilio social (si es persona jurídica) o residencia habitual (si es persona física) en territorio español. Cuando sea un Asegurado el que se encuentre en dicha situación será éste quien causará baja en la póliza. Si esta persona desea contratar un nuevo seguro y lo hace antes de que transcurra un mes desde la comunicación citada, la Aseguradora mantendrá los derechos adquiridos siempre que contraten las mismas coberturas.

e) Si el Asegurado al utilizar la cobertura de reembolso de gastos no presentase la documentación original si fuese requerido para ello por la Aseguradora o cuando las copias aportadas no se correspondan fielmente con los originales o las mismas hubiesen sido objeto de manipulación.

f) Además la cobertura de accidentes finaliza:

- En caso de fallecimiento, o incapacidad absoluta y permanente
- El día en que el Asegurado cumpla 76 años.

En la presente póliza, no existe derecho de rehabilitación de la misma, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 15 de la Ley de contrato de seguro.

8. Estado y autoridad de control de la Aseguradora

El control de la actividad de la Aseguradora corresponde al estado español, a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

9. Instancias de reclamación

9.1. 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 de la Aseguradora 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 habilitadas para tal fin. Los datos de contacto de este servicio son: Torre de Cristal, Paseo de la Castellana 259C, 28046 Madrid.

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 un mes contado desde la fecha de presentación de la misma.

9.2. 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 un mes 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.

9.3. Sin 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.

10. Comunicaciones y jurisdicción

10.1. 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 representante de ella, surtirán los mismos efectos que si se hubieran realizado directamente a ésta, conforme el artículo 21 de la Ley.

Las comunicaciones de la Aseguradora al Tomador del seguro o al Asegurado, se realizarán:

- Mediante correo electrónico cuando el Tomador o el Asegurado hayan indicado su dirección de correo electrónico en la contratación de la póliza o con posterioridad a través de comunicación, alta en el área privada o en la página web de Adeslas.
- Cuando no se disponga de dirección de correo electrónico por correo postal al domicilio recogido en la póliza.

En cualquier caso, las comunicaciones que la Entidad Aseguradora envíe a los Tomadores y Asegurados se incorporarán al área privada accesible a través del www.adeslas.es donde se podrán consultar en cualquier momento.

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.

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

11. Prescripción

Las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán a los cinco años desde el día en que pudieron ejercitarse.

12. Actualización de las condiciones económicas de la póliza

La Aseguradora, al vencimiento del período inicial de vigencia de la póliza y en cada eventual renovación posterior, podrá:

- a) Actualizar el importe de las primas.
- b) Actualizar el importe a cargo del Asegurado correspondiente a los Actos Dentales que se encuentran detallados en el Anexo de Actos Dentales con o sin importe a cargo del Asegurado.
- c) Actualizar los porcentajes y límites de reembolso de gastos médicos, establecidos en las Coberturas de dicha modalidad.
- d) Actualizar el importe correspondiente a franquicias.

Con independencia de las antedichas actualizaciones, en cada renovación, la prima anual se establecerá de acuerdo con la zona geográfica correspondiente al domicilio de la prestación a que se refiere el apartado "Otras obligaciones, deberes y facultades del Tomador del seguro y/o del Asegurado" (Condiciones Generales Comunes 4.1.) de estas Condiciones Generales 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 cada renovación. El Tomador del seguro da su conformidad a las variaciones que, por tal motivo, se produzcan en el importe de las primas.

Estas actualizaciones se fundamentarán en los cálculos técnico actuariales necesarios para determinar la incidencia en el esquema financiero actuarial del seguro, del incremento del coste de las asistencias sanitarias, el aumento de la frecuencia de las prestaciones cubiertas por la póliza, la incorporación a la cobertura garantizada de innovaciones tecnológicas de aparición, por el aumento de siniestralidad del resto de coberturas o utilización posterior a la perfección del contrato u otros hechos de similares consecuencias.

Dos meses antes de la renovación del seguro la Aseguradora comunicará por escrito al Tomador de la póliza la prima prevista para la próxima anualidad.

El Tomador del seguro, al recibir la notificación de estas actualizaciones para la siguiente anualidad, podrá optar entre la prórroga del contrato de seguro, lo que supone la aceptación de las nuevas condiciones económicas, o poner término al mismo al vencimiento de la anualidad en curso. En este último caso, deberá notificar fehacientemente a la Aseguradora su voluntad en tal sentido.

Asimismo, la Aseguradora pondrá a disposición del Tomador en su área privada www.adeslas.es el importe actualizado correspondiente a los Actos Dentales para la nueva anualidad.

Se entenderá renovado el contrato con las nuevas condiciones económicas, si el Tomador no comunica a la Aseguradora su voluntad de ponerle termino antes de que haya transcurrido un mes, desde el día en que el Tomador haya satisfecho la primera prima de la anualidad siguiente en la que regirán las nuevas condiciones económicas.

13. Fiscalidad

RÉGIMEN FISCAL DE LA COBERTURA DE ACCIDENTES APLICABLE EN ESPAÑA

Con carácter general, la indemnización por accidente tributará conforme al Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones cuando derive del fallecimiento del Asegurado. Si es percibida por el propio Tomador/Asegurado, tributará como rendimiento del capital mobiliario sujeto a retención en el Impuesto sobre la Renta de la Persona Físicas.

IMPUESTOS APLICABLES

Los impuestos y recargos legalmente repercutibles que deban ser satisfechos por razón de este seguro, tanto en el presente como en el futuro, correrán a cargo del Tomador del seguro. Los impuestos y recargos que sean aplicables sobre las prestaciones, de acuerdo con la legislación vigente, serán por cuenta del beneficiario.

CLÁUSULA DE INDEMNIZACIÓN POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS DERIVADAS DE ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS ACAECIDOS EN ESPAÑA EN SEGUROS DE PERSONAS

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

- a) Que el riesgo extraordinario cubierto por el Consorcio de Compensación de Seguros no esté amparado por la póliza de seguro contratada con la entidad aseguradora.
- b) Que, aun estando amparado por dicha póliza de seguro, las obligaciones de la entidad aseguradora no pudieran ser cumplidas por haber sido declarada judicialmente en concurso o por estar sujeta a un procedimiento de liquidación intervenida o asumida por el Consorcio de Compensación de Seguros.

El Consorcio de Compensación de Seguros ajustará su actuación a lo dispuesto en el mencionado Estatuto legal, en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, en el Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, aprobado por el Real Decreto 300/2004, de 20 de febrero, y en las disposiciones complementarias.

RESUMEN DE LAS NORMAS LEGALES**1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos**

- a) Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos; inundaciones extraordinarias, incluidas las producidas por embates de mar; erupciones volcánicas; tempestades ciclónicas atípicas (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 120 km/h y los tornados); y caídas de cuerpos siderales y aerolitos.
- b) Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.

c) Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz. Los fenómenos atmosféricos y sísmicos, de erupciones volcánicas y la caída de cuerpos siderales se certificarán, a instancia del Consorcio de Compensación de Seguros, mediante informes expedidos por la Agencia Estatal de Meteorología (AEMET), el Instituto Geográfico Nacional y los demás organismos públicos competentes en la materia. En los casos de acontecimientos de carácter político o social, así como en el supuesto de daños producidos por hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas o Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz, el Consorcio de Compensación de Seguros podrá recabar de los órganos jurisdiccionales y administrativos competentes información sobre los hechos acaecidos.

2. Riesgos excluidos

- a) Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.
- b) Los ocasionados en personas aseguradas por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.
- c) Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.
- d) Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 12/2011, de 27 de mayo, sobre responsabilidad civil por daños nucleares o producidos por materiales radiactivos.
- e) Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el apartado "Acontecimientos extraordinarios cubiertos" (Resumen de las Normas Legales 1.a) y, en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que estos fueran ocasionados manifiestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.
- f) Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, reguladora del derecho de reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios de los señalados en el apartado "Acontecimientos extraordinarios cubiertos" (Resumen de las Normas Legales 1.b).
- g) Los causados por mala fe del Asegurado.

3. Extensión de la cobertura

a) La cobertura de los riesgos extraordinarios alcanzará a las mismas personas y sumas aseguradas que se hayan establecido en las pólizas de seguro a efectos de la cobertura de los riesgos ordinarios.

b) No obstante lo anterior, en las pólizas de seguro de vida que, de acuerdo con lo previsto en el contrato, y de conformidad con la normativa reguladora de los seguros privados, generen provisión matemática, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se referirá al capital en riesgo para cada Asegurado, es decir, a la diferencia entre la suma asegurada y la provisión matemática que la entidad aseguradora que la hubiera emitido deba tener constituida.

El importe correspondiente a la provisión matemática será satisfecho por la mencionada entidad aseguradora.

COMUNICACIÓN DE DAÑOS AL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS

a) La solicitud de indemnización de daños cuya cobertura corresponda al Consorcio de Compensación de Seguros se efectuará mediante comunicación al mismo por el Tomador del seguro, el Asegurado o el beneficiario de la póliza, o por quien actúe por cuenta y nombre de los anteriores, o por la entidad aseguradora o el mediador de seguros con cuya intervención se hubiera gestionado el seguro.

b) La comunicación de los daños y la obtención de cualquier información relativa al procedimiento y al estado de tramitación de los siniestros podrá realizarse: Mediante llamada al Centro de Atención Telefónica del Consorcio de Compensación de Seguros (900 222 665 o 952 367 042). A través de la página web del Consorcio de Compensación de Seguros (www.conorseguros.es).

c) Valoración de los daños: la valoración de los daños que resulten indemnizables con arreglo a la legislación de seguros y al contenido de la póliza de seguro se realizará por el Consorcio de Compensación de Seguros, sin que éste quede vinculado por las valoraciones que, en su caso, hubiese realizado la entidad aseguradora que cubriese los riesgos ordinarios.

4) Abono de la indemnización: el Consorcio de Compensación de Seguros realizará el pago de la indemnización al beneficiario del seguro mediante transferencia bancaria.

1. Definiciones

A los efectos de esta póliza se entenderá por:

Anexo de Actos Dentales: documento integrado en la póliza en el que se describen las asistencias odontológicas incluidas en la cobertura de la póliza, así como el importe que, en su caso, deba satisfacer el Asegurado al profesional sanitario o clínica dental concertada que lo realice. Estos importes serán distintos en función del profesional sanitario o clínica dental que lleve a cabo la prestación.

Anualidad: periodo de un año, que contamos desde la fecha en que el seguro ha iniciado sus efectos. Por ejemplo, del 1 de abril del año (x) al 31 de marzo del año siguiente (x + 1).

Asegurado o persona Asegurada: 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.

Atención sanitaria en régimen ambulatorio (no incluye el ingreso hospitalario y el hospital de día médico y quirúrgico): comprende la cirugía menor ambulatoria (procedimientos quirúrgicos sencillos realizados bajo anestesia local), así como actuaciones diagnósticas o terapéuticas invasivas que no requieren ningún tipo de hospitalización ni cuidados posteriores especiales.

Autorización: documento emitido por nosotros, que debe obtener la persona Asegurada para la cobertura económica de determinadas asistencias sanitarias cubiertas por la póliza.

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

Cuadro Dental: relación editada de profesionales y establecimientos sanitarios propios o concertados por la Aseguradora correspondientes a la provincia de contratación de la póliza, con su dirección, teléfono y horario. En tal relación se diferencian los profesionales y/o clínicas dentales en función del tipo de modalidad que aplican al Asegurado por cada asistencia odontológica que se le preste, asimismo, se especifican en él, el centro o centros permanentes de urgencia.

Cuadro Médico: relación editada de profesionales y establecimientos sanitarios propios o 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 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.

Cuestionario de Salud: declaración realizada y firmada por el Tomador y/o Asegurado antes de la formalización de la póliza y que sirve a la Aseguradora para la valoración del riesgo que es objeto del seguro.

Enfermedad: toda alteración de la salud del Asegurado, diagnosticada por un Médico y no provocada 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.

Enfermero: profesional legalmente habilitado para desarrollar la actividad de enfermería.

Franquicia: cantidad a abonar por el Asegurado en concepto de participación del mismo en el coste de la asistencia sanitaria cubierta por la póliza. Esta cantidad deberá abonarse a la Aseguradora previamente para obtener la correspondiente autorización para la asistencia sanitaria en cuestión.

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: incluye el ingreso (registro de entrada del Asegurado como paciente y su permanencia en el hospital durante un mínimo de 24 horas), la cirugía mayor ambulatoria y el hospital de día.

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 Facultativo o Médico especialista y que requiere normalmente la utilización de un quirófano en un hospital.

Medicamentos de terapia avanzada: los medicamentos de terapia avanzada son medicamentos de uso humano basados en genes (terapia génica), células (terapia celular) o tejidos (ingeniería tisular) e incluyen productos de origen autólogo, alogénico o xenogénico.

Médico o Facultativo: Licenciado, Graduado o Doctor en Medicina, legalmente habilitado 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 de las especialidades médicas 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: el documento o documentos que contienen las Cláusulas y pactos reguladores del contrato de seguro. Forman parte integrante e inseparable de la póliza estas Condiciones Generales, las Particulares que identifican el riesgo y las Especiales si las hubiere, así como los Apéndices que recojan, en su caso, las modificaciones acordadas durante la vigencia del contrato.

Prestación: consiste en cobertura económica de la asistencia sanitaria, descrita en el apartado "Cobertura de asistencia sanitaria" (Condiciones Generales Descriptivas 2ª) derivada del acaecimiento del siniestro en la forma establecida en las presentes Condiciones Generales.

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.

Profesión del Asegurado: es la profesión remunerada y a la que el trabajador dedicaba su actividad profesional fundamental en el momento del siniestro y que constituía su principal fuente de ingresos.

Siniestro: acontecimiento cuyas consecuencias hacen necesaria la utilización de las asistencias sanitarias cuyo coste se encuentra total o parcialmente cubierto por la póliza.

Tarjeta sanitaria: documento propiedad de la Aseguradora que se expide y entrega a cada Asegurado incluido en la póliza y cuyo uso, personal e intransferible, es necesario para recibir las asistencias cubiertas por la póliza.

Tomador del seguro: persona física o jurídica que juntamente 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 clínica que no amenaza de forma inminente la vida del enfermo, ni hace peligrar ninguna parte vital de su organismo, pero obliga a una atención sanitaria inmediata.

Urgencia vital: situación clínica en la que se haya producido una patología cuya naturaleza y síntomas hagan presumible un riesgo vital inminente o muy próximo, o un daño irreparable para la integridad física de la persona de no obtenerse una actuación terapéutica de inmediato.

Además, para las coberturas de accidentes y asistencia en viaje en el extranjero, se establecen unas definiciones específicas que están incluidas en el apartado "Cobertura de accidentes" (Condiciones Generales Descriptivas 3ª) y en el apartado de "Cobertura de asistencia en viaje en el extranjero" (Condiciones Generales Descriptiva 5ª) de estas Condiciones Generales.

2. Cobertura de asistencia sanitaria

Las especialidades, prestaciones sanitarias y coberturas accesorias cubiertas por esta póliza son los que se indican a continuación junto con sus exclusiones específicas, en el caso de que existan, siendo asimismo de aplicación las exclusiones comunes indicadas en el apartado “Exclusiones comunes de la cobertura de asistencia sanitaria” (Condiciones Generales Descriptivas 6.1) :

Para todas las coberturas que se relacionan a continuación, que requieran prescripción médica, la misma deberá de realizarse previamente por los Médicos o Facultativos del Cuadro Médico de la Aseguradora.

2.1. MEDICINA PRIMARIA

- **Medicina General.** Asistencia sanitaria en consulta y a domicilio.
- **Pediatría y puericultura.** Para niños menores de catorce años.
- **Enfermería.** Asistencia sanitaria en consulta y a domicilio. En este último caso, siempre y cuando el enfermo guarde cama y previa prescripción de un Médico o Facultativo del Cuadro Médico de la Aseguradora.

2.2. 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.

2.3. ESPECIALIDADES

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

- **Alergología.** Las vacunas serán a cuenta del Asegurado. Se excluyen los paneles moleculares diagnósticos y la determinación y empleo de alérgenos recombinantes.
- **Anestesia y reanimación.**

- **Angiología y cirugía vascular.** Incluye el tratamiento endoluminal de varices por láser y radiofrecuencia siempre y cuando **no sea por motivos estéticos.**
- **Aparato digestivo.**
- **Cardiología.**
- **Cirugía cardiovascular.**
- **Cirugía general y del aparato digestivo.** Incluye la cirugía bariátrica para pacientes en quienes haya fracasado el tratamiento conservador supervisado por Facultativos, con un índice de masa corporal igual o superior a 40 kg/m², o a 35 si se asocian comorbilidades mayores.
- **Cirugía maxilo-facial.** Se excluyen 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 y la remodelación de la mama sana contralateral, esta última con un límite máximo de un año después de la cirugía oncológica, si es considerada como opción terapéutica mediante informe médico; incluirá la prótesis mamaria y los expansores de piel. **Se excluye la reconstrucción y/o simetrización mamaria tras cirugía de resección mamaria por patología benigna, así como las técnicas de lipoinfiltración grasa para cualquier tipo de patología. Se excluye la micropigmentación del complejo areola pezón. Se excluye el tratamiento quirúrgico del lipedema.**
- **Cirugía torácica.**
- **Dermatología médico quirúrgica.** Incluye la terapia fotodinámica, la dermatoscopia digital y la fototerapia PUVA y PUVB, **se excluye su empleo en aplicaciones cosméticas o estéticas y como pruebas de cribado. Se excluyen los tratamientos con luz pulsada intensa (IPL).**
- **Endocrinología y nutrición.**
- **Geriatría.**
- **Hematología y hemoterapia.**
- **Inmunología.**
- **Medicina interna.**

- **Medicina nuclear.**
- **Nefrología.**
- **Neonatología.**
- **Neumología.**
- **Neurocirugía. Se excluye la cirugía endoscópica en cirugía de columna.**
- **Neurofisiología clínica.**
- **Neurología.**
- **Obstetricia y ginecología.** Vigilancia del embarazo y asistencia a los partos. Incluye en cobertura del Test de preeclampsia (cociente sFlt-1/PIGF), **exclusivamente en personas Aseguradas con sospecha clínica de preeclampsia documentada. Se excluye su cobertura como prueba de cribado.**
- **Odonto-estomatología.** Se encuentran cubiertas las curas estomatológicas, extracciones y una limpieza de boca por cada anualidad del seguro. A partir de la primera limpieza dentro de la anualidad, será necesaria la prescripción médica.
- **Oftalmología.** Incluye la retinografía, la tomografía de coherencia óptica, ortóptica y pleóptica, el cross linking corneal (**excluido en caso de ectasia consecuencia de cualquier cirugía refractiva**), el tratamiento de la degeneración macular asociada a la edad por terapia fotodinámica o inyección intravítrea de fármacos (en ambos casos el coste de los fármacos utilizados correrán a cargo del Asegurado). **Se excluye la corrección quirúrgica de la miopía, hipermetropía o astigmatismo y presbicia y cualquier otra patología refractiva ocular. Se excluyen los tratamientos con luz pulsada intensa (IPL).**
- **Oncología médica y radioterápica.**
- **Otorrinolaringología.** Incluye la radiofrecuencia y la cirugía mediante Láser CO₂.
- **Psicología Clínica: con un máximo de veinte sesiones por cada anualidad de seguro o cuarenta sesiones en caso de trastornos de la conducta alimentaria.** Requerirá la prescripción de un especialista en psiquiatría u oncología 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 Médico o Facultativo del Cuadro Médico de la Aseguradora.** Comprende la valoración del Médico rehabilitador y la fisioterapia, siendo su cobertura en régimen ambulatorio (**excluida la fisioterapia domiciliaria**) únicamente la rehabilitación del aparato locomotor, rehabilitación vestibular, rehabilitación del suelo pélvico (**exclusivamente para disfunciones producidas como consecuencia del embarazo y parto, cubiertos previamente por el seguro y sea a cargo de la Aseguradora**) y la rehabilitación cardíaca (**exclusivamente para recuperación inmediata en pacientes que hayan sufrido un infarto agudo de miocardio y/o cirugía cardíaca con circulación extracorpórea, cubiertos previamente por el seguro**). En régimen de hospitalización quedará cubierta **únicamente** la rehabilitación del aparato locomotor, respiratoria y cardíaca durante el episodio de ingreso que haya justificado la necesidad de dicha rehabilitación. Queda incluido el drenaje linfático tras cirugía oncológica con resección de cadenas ganglionares tanto en régimen ambulatorio como en hospitalización. **Se excluyen los tratamientos de fisioterapia y rehabilitación cuando se haya conseguido la recuperación funcional, o el máximo posible de ésta, o cuando se convierta en terapia de mantenimiento, así como la rehabilitación respiratoria ambulatoria, neuropsicológica o estimulación cognitiva y la terapia ocupacional.**

- **Reumatología.**

- **Traumatología y cirugía ortopédica. Cirugía artroscópica. Se excluye expresamente la infiltración de plasma rico en plaquetas o factores de crecimiento. Se excluye la cirugía endoscópica en cirugía de columna.**

- **Urología.** Incluye el uso del láser para el tratamiento quirúrgico de la hiperplasia benigna de próstata. **Se excluye el tratamiento quirúrgico prostático con crioterapias, radiofrecuencia, HIFU (ultrasonido focalizado de alta intensidad) y termoterapias.**

2.4. MEDICINA PREVENTIVA

Quedan incluidos los controles preventivos, adecuados a la edad del Asegurado, prescritos por un Médico o 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: comprende la consulta periódica con especialista, así como los exámenes de salud del recién nacido (detección de metabolopatías y detección precoz de la hipoacusia mediante otoemisiones acústicas o potenciales evocados en caso necesario).

Condiciones Generales Descriptivas de la cobertura

- **Obstetricia y Ginecología:** revisión ginecológica en cada anualidad de seguro, para la prevención del cáncer de mama, endometrio y cérvix. Incluye la consulta y exploración con el especialista, así como las pruebas diagnósticas según el criterio del Médico: ecografía ginecológica, mamografía, citología y detección del virus papiloma humano.
- **Cardiología:** incluye la prevención del riesgo coronario en personas mayores de 40 años, mediante la consulta por el Médico especialista y las pruebas diagnósticas según el criterio del Médico: ECG, radiografía de tórax, prueba de esfuerzo, analítica básica de sangre y orina.
- **Urología:** revisión urológica en cada anualidad de seguro para la prevención del cáncer de próstata. Comprende la consulta y exploración física por el Médico especialista y las pruebas diagnósticas según el criterio del Médico: analítica básica de orina y sangre incluyendo PSA (determinación antígeno prostático específico) y ecografía prostática.
- **Planificación familiar:** control del tratamiento con anovulatorios, implantación de DIU y su vigilancia, incluyendo el coste del dispositivo. Incluye la ligadura de trompas y vasectomía así como el estudio diagnóstico de las causas de esterilidad o infertilidad (estudios serológicos y hormonales, cariotipo, así como histerosalpingografía en la mujer y espermiograma en el varón). **Se excluye la interrupción voluntaria del embarazo y las reducciones embrionarias, así como los tratamientos de esterilidad o infertilidad y las cirugías para revertir la ligadura de trompas y la vasectomía.**
- **Prevención del cáncer colorrectal.** Incluye consulta y exploración física con el especialista, así como, según el criterio del Médico, el test de detección de sangre oculta en heces y en caso necesario colonoscopia.
- **Prevención diabetes:** consulta y exploración por Médico especialista así como determinación de la glucemia basal y en caso necesario hemoglobina glicosilada.
- **Chequeos Médicos:** Reconocimiento Médico. Se incluye en la cobertura de la póliza un reconocimiento médico anual, en los centros concertados con la Aseguradora. Las pruebas incluidas en dicho reconocimiento médico en función de la edad del Asegurado son las siguientes:

CHEQUEO 1 (MAYORES DE 18 A 30 AÑOS)	
Historia clínica y exploración general.	ECG.
Analítica: · Estudio Serie Roja: Hematíes, HB, Hcto, VCM, CHCM. · Estudio Serie Blanca: Fórmula y VSS · Plaquetas. Glucosa. Ácido Úrico (Urea) · Colesterol. Prueba de LDL. Triglicéridos · GOT-GPT. Hierro (para mujeres). Orina.	RX Tórax (según criterio médico).
	Examen Ginecológico con Citología Vaginal.
	Agudeza visual.
	Audiometría y Espirometría.

CHEQUEO 2 (DE 31 A 45 AÑOS)	
Historia clínica y exploración general.	ECG.
Analítica: <ul style="list-style-type: none"> · Estudio Serie Roja: Hematíes, HB, Hcto, VCM, CHCM. · Estudio Serie Blanca: Fórmula y VSS. · Plaquetas. · Glucosa. · Ácido Úrico (Urea). · Colesterol. · Triglicéridos. · GOT-GPT. · Hierro. · Orina. 	Ecografía Abdominal.
	RX Tórax (según criterio médico).
	Examen Ginecológico con Citología Vaginal, Ecografía mamaria según criterio médico y Mamografía (bianual o anual según criterio médico, a partir de los 40 años).
	Agudeza visual.
	Audiometría y Espirometría.

CHEQUEO 3 (DESDE 46 AÑOS)	
Historia clínica y exploración general.	ECG.
Analítica: <ul style="list-style-type: none"> · Estudio Serie Roja: Hematíes, HB, Hcto, VCM, CHCM. · Estudio Serie Blanca: Fórmula y VSS. · Plaquetas. Glucosa. · Ácido Úrico (Urea). · PSA (Próstata). · Colesterol. Triglicéridos. · GOT-GPT. · Hierro. · Urea. · H.D.L. · Fosfatasa alcalina. · Hemorragias ocultas. · Orina. 	RX Tórax (según criterio médico).
	Ecografía Abdominal.
	Examen Ginecológico con Citología Vaginal, Ecografía mamaria según criterio médico y Mamografía (bianual o anual según criterio médico, a partir de los 40 años).
	Ecografía Ginecológica.
	Ecografía Prostática.
	Agudeza visual.
	Audiometría y Espirometría.

2.5. MEDIOS DE DIAGNÓSTICO

2.5.1. Análisis clínicos, Anatomía patológica y Citopatología. Se excluyen las Biopsias Líquidas.

2.5.2. Radiología General: incluye las técnicas habituales de diagnóstico por la imagen, quedando incluida la utilización de medios de contraste.

2.5.3. Otros medios de diagnóstico: doppler cardíaco, electrocardiografía, electroencefalografía, electromiografía y ecografías.

2.5.4. Medios de diagnóstico de alta tecnología diagnóstica y terapéutica:

- Inmunohistoquímica.
- Ergometría, holter (**se excluyen los holter implantables**), estudios electrofisiológicos y terapéuticos.
- Polisomnografía.
- Endoscopias digestivas, diagnósticas y/o terapéuticas:
 - Cápsula endoscópica para el estudio diagnóstico de la hemorragia digestiva de origen no identificado después de colonoscopia y endoscopia alta.
 - Ecoendoscopia.
 - Resección endoscópica mucosa o mucosectomía.
 - Disección endoscópica submucosa para la extirpación, en toda la vía digestiva, de lesiones premalignas o malignas mayores de 2 cm en las que se ha descartado polipectomía convencional y precisan tratamiento quirúrgico.
 - Ablación por radiofrecuencia en casos de esófago de Barret.
 - **Se excluyen las técnicas bariátricas por endoscopia.**
- Fibroendoscopia nasal y fibrobronoscopias: diagnósticas y/o terapéuticas. Ecobroncoscopia.
- Elastografía de transición hepática (fibroscan) para el diagnóstico de la fibrosis hepática de distintas etiologías, especialmente para confirmar la presencia de cirrosis, **se excluye la enfermedad hepática alcohólica.**

- Neuronavegador y Monitorización neurofisiológica intraoperatoria: incluida la neuronavegación quirúrgica no robótica en intervenciones intracraneales y en fijaciones vertebrales de dos o más niveles o cirugía oncológica de columna vertebral o médula espinal. **Se excluyen otras indicaciones de navegación quirúrgica.** Incluida la monitorización neurofisiológica intraoperatoria en las mismas intervenciones y además en cirugías de tiroides y paratiroides y riesgo del nervio facial periférico.
- Tomosíntesis de mama.
- Resonancia magnética y Tomografía Axial Computarizada (TAC/escáner). **Se excluye la tomografía computerizada de haz cónico.**
- 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 pacientes asintomáticos pero con prueba de detección isquémica positiva o dudosa; en cirugías de recambio valvular y en valoración de estenosis por sospecha clínica tras colocación de stents coronario de cirugía de by-pass coronario y en malformaciones del árbol coronario. **No está incluido la cobertura bajo ninguna circunstancia en la utilización para cuantificación del calcio en arterias coronarias y su utilización como prueba diagnóstica de screening.**
- Resonancia Magnética Multiparamétrica.
- Biopsia prostática por fusión de imágenes ecodirigida, **en casos de alta sospecha clínica de cáncer de próstata (acreditada por valores del PSA*) y con al menos una biopsia prostática previa negativa realizada en los últimos 18 meses previos a la solicitud de la biopsia por fusión.**
 - * Elevación PSA total > 10 ng/ml y/o elevación persistente (más de seis meses) del PSA total entre 4 y 10 ng/ml y/o coeficiente PSA libre/total <20% (< 0,2).
- Medicina Nuclear. PET/TAC: Quedan incluidos **exclusivamente** los realizados con el radiofármaco ^{18}F -FDG y en las indicaciones clínicas establecidas en la ficha técnica del mismo y autorizadas por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios y PET/RM (**exclusivamente los realizadas con el radiofármaco ^{18}F -FDG en indicaciones clínicas oncológicas**). **Se da cobertura al SPECT TAC.**
- Amniocentesis y Cariotipos.

- Pruebas genéticas: quedan cubiertas **exclusivamente** aquellas pruebas cuyo fin sea el diagnóstico de enfermedades en pacientes afectos y sintomáticos:
 - Incluye las dianas terapéuticas cuya determinación sea exigida en la ficha técnica emitida por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios para la administración de algunos fármacos.
 - Incluye las plataformas genómicas de cáncer de mama Oncotype y MammaPrint prescrito por especialista en oncología médica, **únicamente** para casos de cáncer de mama en estadios iniciales (I-II), receptores de estrógenos (RE/ER) positivos, HER 2 negativos y: a) ganglios linfáticos negativos (N0) o b) metástasis de ganglio axilar menor o igual a 2 mm (N1mi) o N1 con afectación de 1 a 3 ganglios máximo.
 - Incluye también los test de DNA fetal en sangre materna, para diagnóstico prenatal de las trisomías 21, 18 y 13 prenatal cuando el índice de riesgo en el cribado combinado del primer trimestre (CCPT) esté comprendido entre 1/50 y 1/250 o en gestantes con embarazo previo con aneuploidías en los cromosomas 21, 18 ó 13, independientemente del CCPT.

Se excluyen expresamente de la cobertura de la póliza, cualquier medio de diagnóstico y/o tratamiento mediante terapia génica, los estudios de farmacogenética, la determinación del mapa genético con fines predictivos o preventivos, las biopsias líquidas, los test genéticos de disbiosis y cualquier otra técnica genética o de biología molecular.

2.5.5. 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 o 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.

2.6. HOSPITALIZACIÓN

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

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. **Se excluye 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 especificados en el apartado de "Implantes y prótesis quirúrgicas" (Condiciones Generales Descriptivas 2.7.) de estas Condiciones Generales.

- **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 cincuenta días por cada anualidad de seguro.

- **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.

2.7. IMPLANTES Y PRÓTESIS QUIRÚRGICAS

Serán suministrados siempre por las empresas concertadas con 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 los marcapasos con terapia de resincronización cardíaca), válvulas cardíacas mecánicas, biológicas xenólogas y anillos para valvuloplastia, conducto valvulado, stent coronario (medicalizado o no medicalizado), prótesis de bypass vascular y las endoprótesis (stent) vasculares. Sustitutos del pericardio (sintéticos y biológicos xenólogos) y filtro vena cava. **Se excluyen los marcapasos con tecnología sin cable, los desfibriladores automáticos implantables (DAI) y las válvulas cardíacas transcater.** Se incluyen los coils (materiales de embolización, tipo líquido o dispositivo). Se incluyen los dispositivos oclusores cardíacos **exclusivamente para el tratamiento de la comunicación interauricular, comunicación interventricular y ductus persistente. Se excluyen los dispositivos tipo amplatzer y similares, ni periféricos ni cardíacos (estos dispositivos se catalogan como dispositivos oclusores/ tapón cardíaco y vasculares) para otras indicaciones no especificadas en la cobertura. Se excluyen las partículas liberadoras de fármacos.**

- **Digestivos:** endoprótesis (stents) biliopancreático, esofágico, duodenal y colorrectal **exclusivamente en casos de estenosis por patología neoplásica maligna y en casos tras perforación por proceso endoscópico que haya sido a cargo de la Aseguradora. Se excluyen todos los dispositivos y prótesis empleados como terapia de vacío endoluminal.**

- **Osteoarticulares:** prótesis internas traumatológicas, el material de osteosíntesis y el material osteo-tendinoso biológico obtenido de bancos de tejidos autorizados en la Unión Europea. **Se excluyen los fijadores externos y los dispositivos de elongación de hueso intramedulares guiados por dispositivos electrónicos.**

- **Oftalmológicos:** lentes intraoculares (monofocales y bifocales) para la corrección de la afaquia tras cirugía de cataratas. **Se excluyen las lentes tóricas, monofocales de rango extendido, lentes EDOF (de profundidad de foco extendida), trifocales y otras lentes con corrección visual añadida.**

- **Quimioterapia o Tratamiento del Dolor:** reservorios implantables (ports).

- Implantes reparadores:

- Prótesis mamaria y expansores cutáneos para la reconstrucción de la mama afectada tras mastectomía y la remodelación de la mama sana contralateral, esta última con un **límite máximo de un año después de la cirugía oncológica, si es considerada como opción terapéutica mediante informe médico.**
- Mallas sintéticas para reconstrucción de pared abdominal o torácica.

- **Urológicos y genitourinarios:** prótesis testiculares tras orquiectomía **exclusivamente tras proceso tumoral o torsión testicular.** Banda de fijación para incontinencia de esfuerzo cuando haya fracasado el tratamiento conservador o el farmacológico.

- **Implantes neurológicos:** sistemas de derivación de líquido cefalorraquídeo, incluyendo sus reservorios.

- **Implantes otorrinolaringológicos:** tubos de drenaje transtimpánicos. Prótesis de oído medio para la reconstrucción osicular (martillo, yunque y estribo).

El coste de cualquier otro tipo de implante quirúrgico, material biológico, prótesis externas, fijador externo, órtesis y ortoprótesis no incluidos en el detalle anterior correrán a cargo del Asegurado.

2.8. TRATAMIENTOS ESPECIALES

La cobertura de la asistencia sanitaria también incluye la de los siguientes tratamientos, que en todos los casos debe prescribir el Médico del Cuadro Médico de la Aseguradora que tiene a su cargo la asistencia del Asegurado, asistencia que debe estar cubierta por la póliza.

- **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).

- **Trasfusiones de sangre y/o plasma.**

- **Logopedia y foniatría.** Incluye el tratamiento de patologías del lenguaje, del habla y de la voz de causa orgánica y trastornos funcionales, **se excluyen los tratamientos cuando se haya conseguido la recuperación funcional, o el máximo posible de ésta, o cuando se convierta en terapia de mantenimiento.** Se dará también cobertura logopédica por deglución atípica para menores de 14 años hasta un máximo de 20 sesiones por Asegurado y anualidad. **Se excluye el tratamiento de los trastornos del aprendizaje (dislexia, disgrafía y discalculia), excepto a través del módulo de cobertura de reembolsos de gastos, indicado en el apartado "Logopedia y Foniatría" (Condiciones Descriptivas de Cobertura 2.11.2).**

- **Laserterapia.** Incluye fotocoagulación en oftalmología (**se excluye el láser femtosegundo en cirugía de cataratas**), 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, en la litotricia de la vía urinaria y en el tratamiento endoluminal de las varices y lesiones traqueobronquiales. **Se excluyen expresamente todas aquellas técnicas quirúrgicas o terapéuticas que empleen láser y no se encuentren en el detalle anterior.**

- **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, Servicios Sociales e Igualdad. Incluye los reservorios implantables (port-a-cath). **Se excluyen los tratamientos quimioterápicos intraoperatorios como la quimioterapia intraperitoneal.**

- **Oncología radioterápica.** Incluye cobaltoterapia, braquiterapia, los isótopos radioactivos y acelerador lineal: irradiación corporal (baño de electrones); radiocirugía y radioterapia esterotáxica en los tumores intracraneales; radioterapia externa conformacional; radioterapia exterotáxica corporal; radioterapia con intensidad modulada con control de imagen y movimiento, y la radioterapia intraoperatoria. **Se excluye la radioterapia para procesos benignos no oncológicos salvo en emergencias por compresión medular y la terapia con haz de protones o neutrones.**

- **Tratamiento del dolor.** Incluye los reservorios implantables (port-a-cath), **se excluyen las bombas implantables para perfusión de medicamentos y los electrodos de estimulación medular.**

- **Litotricia renal.**

- **Ondas de choque** para calcificaciones musculotendinosas.

Los tratamientos anteriores, en todos los casos, han de ser prescritos por Médicos o 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.

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

El seguro incluye **únicamente** las actuaciones médicas y quirúrgicas sobre el propio Asegurado que resulten necesarias para realizarle el trasplante autólogo de médula ósea o un trasplante de córnea, con las gestiones administrativas que ello conlleve.

Se excluyen otros trasplantes o autotrasplantes de órganos, tejidos o células no indicados en el detalle anterior. Asimismo se excluyen 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.

2.10. OTRAS COBERTURAS ACCESORIAS

La cobertura de la asistencia sanitaria también conlleva:

- **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 Médico o Facultativo del Cuadro Médico de la Aseguradora, salvo en caso de urgencia. **Se excluyen 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 doce sesiones por cada anualidad de seguro.**

- **Cirugía Robótica:** queda incluida la cirugía robótica **exclusivamente** para las indicaciones que se detallan a continuación y en los centros concertados para ello y que figuran debidamente identificados en el Cuadro Médico.

Para acceder a esta asistencia sanitaria será necesaria:

- La prescripción por parte de un Médico o Facultativo especialista en urología y/o nefrología del Cuadro Médico.
- **El pago previo por el Asegurado y a la Aseguradora de una franquicia por importe de 6.000 euros.**
- La autorización previa emitida por la Aseguradora.

El empleo de sistemas robóticos en cirugía se incluye **exclusivamente** para las siguientes indicaciones:

· En el tratamiento quirúrgico del cáncer de próstata mediante prostatectomía radical en aquellos casos que cumplan todos los siguientes criterios:

1. Diagnóstico de tumor maligno prostático localizado;
2. PSA menor o igual a 15 ng/ml en el momento de la indicación quirúrgica;
3. Ausencia de afectación extracapsular y/o de vesículas seminales en la ecografía transrectal o medios de imagen (tumor estadificado como T1 o T2);
4. Ausencia de evidencia de metástasis y/o invasión linfática (tumor estadificado como N0 y M0);
5. Riesgo anestésico del paciente ASA menor a III.

· En el tratamiento quirúrgico, mediante nefrectomía parcial, del carcinoma renal (**exclusivamente en tumores menores de 4 cm en su diámetro mayor**).

2.11. COBERTURAS DE REEMBOLSO DE GASTOS

2.11.1 Rehabilitación, Fisioterapia y Podología

DESCRIPCIÓN

Mediante esta cobertura, la Aseguradora garantiza, con los porcentajes y límites económicos (por cada anualidad y persona) que se indican en el siguiente punto, el reembolso de los gastos sanitarios sufragados por el Asegurado al recibir, en territorio nacional y a través de facultativos o profesionales sanitarios no incluidos en los Cuadros Médicos de la Aseguradora, cualquiera de las siguientes asistencias sanitarias:

- **Rehabilitación y Fisioterapia:** incluye
 - Consultas ambulatorias llevadas a cabo por Médicos especialistas en Medicina Física y Rehabilitación.
 - Realización en consulta de procedimientos diagnósticos o terapéuticos por Médicos especialistas en medicina física y rehabilitación.

- Realización, en régimen ambulatorio y por parte de profesionales fisioterapeutas titulados, de sesiones de:
 - Fisioterapia del aparato locomotor, siempre que las mismas hubieren sido prescritas por especialista en Rehabilitación, Reumatología o Traumatología pertenecientes al Cuadro Médico de la Aseguradora.
 - Fisioterapia para la rehabilitación del suelo pélvico. Sólo estarán dentro de esta cobertura cuando la finalidad de la misma sea tratar las disfunciones producidas como consecuencia del embarazo y parto, y siempre que éstos hubieren sido cubiertos previamente por la Aseguradora y sean prescritas por especialista en medicina física y rehabilitación o ginecología pertenecientes al Cuadro Médico de la Aseguradora.
- **Podología**, incluye **exclusivamente los tratamientos de quiropodía realizados en consulta por podólogo titulado.**

PORCENTAJES DE REEMBOLSO Y LÍMITES ECONÓMICOS

El reembolso de gastos garantizado por la Aseguradora por las asistencias sanitarias descritas en el apartado anterior **será del cincuenta (50%) del importe** al que ascienda el coste de la asistencia sanitaria cubierta que hubiere recibido por persona y anualidad de seguro y ello con los límites económicos que, seguidamente se indican:

- **Rehabilitación y Fisioterapia: 500 euros.**
- **Podología: 200 euros.**

Alcanzados los referidos límites se entenderán finalizadas las obligaciones de reembolso de la Aseguradora.

2.11.2. Logopedia y Foniatría

DESCRIPCIÓN

La Aseguradora garantiza, en las condiciones, límites y con los requisitos que seguidamente se detallan, el reembolso de los gastos sanitarios sufragados por el Asegurado al recibir, en territorio nacional, las asistencias de Logopedia y Foniatría para el tratamiento de patologías del lenguaje, del habla y de la voz de causa orgánica y trastornos funcionales. Se incluye también la Logopedia por deglución atípica y el tratamiento de los trastornos del aprendizaje (dislexia, disgrafía y discalculia) para menores de 14 años de edad.

PORCENTAJES DE REEMBOLSO Y LÍMITES ECONÓMICOS

La referida cobertura comprenderá el **reembolso del 50% con un límite de 500 euros** por persona y anualidad de seguro.

Alcanzados los referidos límites se entenderán finalizadas las obligaciones de reembolso de la Aseguradora.

2.11.3. Farmacia Extrahospitalaria

DESCRIPCIÓN

La Aseguradora garantiza, en las condiciones, límites y con los requisitos que seguidamente se detallan, la cobertura de la prestación farmacéutica extrahospitalaria que precisen los Asegurados.

PORCENTAJES DE REEMBOLSO Y LÍMITES ECONÓMICOS

La referida cobertura comprenderá el **reembolso del 50% con un límite de 200 euros** por persona y anualidad de seguro, de aquellos medicamentos dispensados en farmacias, prescritos por un facultativo y que, en la fecha de su dispensación, se encuentren dentro de los financiados por el Sistema Nacional de Salud y que sean necesarios para los tratamientos o patologías cubiertas por la póliza.

3. Cobertura de accidentes

Las contingencias cubiertas son las que se indican a continuación junto con sus exclusiones específicas en el caso de que existan, siendo asimismo de aplicación las exclusiones indicadas en el apartado “Exclusiones específicas para la cobertura de accidentes” (Condiciones Generales Descriptivas 6.2)

3.1. DEFINICIONES A EFECTOS DE ESTA COBERTURA

- **Accidente:** toda lesión corporal que se deriva de una causa súbita, violenta, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado, que directamente produzca un daño corporal en su persona, y que produzca a éste una situación de incapacidad absoluta y permanente, comprobada como irreversible y definitiva, o el fallecimiento.

También tendrán la consideración de accidente, cuando dicha situación se produzca por:

- a) La asfixia o lesiones a consecuencia de gases o vapores, de inmersión o por ingestión de materias líquidas o sólidas no alimenticias, así como las infecciones a consecuencia de accidente
- b) Las lesiones producidas en legítima defensa o en salvamento de personas o bienes.
- c) Las lesiones a consecuencia de intervenciones quirúrgicas o tratamientos médicos motivados por un accidente cubierto.

No se consideran accidentes:

- a) La cardiopatía isquémica (infarto de miocardio o angina de pecho, por ejemplo), el accidente vascular cerebral (ictus, apoplejía o embolia cerebral), o accidente cardiovascular o vascular de cualquier índole, la epilepsia, el síncope, y en general todo tipo de enfermedad de cualquier naturaleza.
- b) Las operaciones e intervenciones practicadas por el Asegurado sobre sí mismo.
- c) La intoxicación alimentaria, la congelación y la insolación.

- **Accidente de circulación:** accidente que sufra el Asegurado conforme a la definición anterior mientras esté transitando por una vía pública, y que pueda sufrir:

a) Cuando el Asegurado viaje como conductor o pasajero de un automóvil, vehículo terrestre a motor o bicicletas privados.

b) Cuando el Asegurado deambule como peatón por la vía pública y sea víctima de un accidente provocado por un vehículo terrestre a motor.

No se consideran accidentes de circulación, los accidentes producidos al Asegurado:

a) En vías o terrenos destinados al uso particular o restringido al uso exclusivo por un colectivo determinado de usuarios, o al desarrollo de cualquier actividad laboral, profesional, comercial o industrial.

b) Como conductor, tripulante, piloto o personal que preste cualquier servicio en un medio de transporte náutico o aéreo, o como viajero en un transporte náutico o aéreo privado o no autorizados para el transporte público de personas.

- **Beneficiario o persona beneficiaria:** persona o personas físicas o jurídicas, con derecho a percibir la prestación.

En el supuesto de que el beneficiario cause dolosamente el accidente o daño, quedará nula la designación hecha a su favor.

- **Capital o suma asegurada:** la cantidad fijada en cada una de las contingencias aseguradas. Constituye el límite máximo de indemnización a pagar por la Aseguradora en caso de accidente.

- **Incapacidad absoluta y permanente por accidente:** situación física del Asegurado de carácter irreversible, que se origine como consecuencia de un accidente, y que le impida por completo desarrollar de modo permanente cualquier relación laboral o actividad profesional. O, en el caso de que el Asegurado ya no esté en situación laboral activa, que las secuelas causadas por el accidente sean de una gravedad asimilable a la definición anterior, esto es, que produzcan un menoscabo físico, intelectual, sensorial u orgánico que impida o limite la realización de actividades específicas de desarrollo personal, tales como el ocio, la vida de relación, el ejercicio físico, el desarrollo de una formación u otras que tengan por objeto la realización de la persona como individuo y miembro de la sociedad.

- **Infarto de miocardio:** fallo cardíaco derivado de la muerte o necrosis del miocardio o músculo cardíaco por un insuficiente aporte sanguíneo.

3.2. CAPITALS ASEGURADOS PARA LAS CONTINGENCIAS DE ACCIDENTES

CONTINGENCIAS CUBIERTAS DE ACCIDENTES	PRESTACIÓN EN CASO DE SINIESTRO ⁽¹⁾
Fallecimiento por accidente	30.000 €
Fallecimiento por accidente de circulación	60.000 €
Fallecimiento por infarto de miocardio	6.000 €
Incapacidad absoluta y permanente	30.000 €
Incapacidad absoluta y permanente por accidente de circulación	60.000 €

(1) Las prestaciones por siniestro no son acumulables entre sí.

Las contingencias de fallecimiento e incapacidad son excluyentes entre sí por lo que un mismo accidente no dará derecho a indemnización por más de una contingencia.

3.3. DESCRIPCIÓN DE LAS CONTINGENCIAS CUBIERTAS

La Aseguradora abonará al beneficiario el capital previsto para la respectiva contingencia, cuando el evento correspondiente sea consecuencia directa de un accidente, accidente de circulación o infarto de miocardio cubiertos, ocurrido durante la vigencia del seguro, **y el fallecimiento o incapacidad permanente sobrevenga al Asegurado en un plazo máximo de un año desde que sucedió el accidente cubierto por esta contingencia.**

3.3.1. Fallecimiento

Fallecimiento por accidente. Si como consecuencia directa de un accidente cubierto el Asegurado falleciera, se abonará al beneficiario designado en póliza el capital indicado en el cuadro incluido en el punto 3.2.

Fallecimiento por accidente de circulación. Si como consecuencia directa de un accidente de circulación cubierto el Asegurado falleciera, se abonará al beneficiario designado en póliza el capital indicado en el cuadro incluido en el punto 3.2.

Fallecimiento por infarto de miocardio. Si como consecuencia directa de un infarto de miocardio cubierto el Asegurado falleciera, se abonará al beneficiario designado el capital indicado en el cuadro incluido en el punto 3.2.

Explícitamente se excluyen de esta contingencia otros síndromes coronarios agudos, el angor pectoris o angina de pecho y cualquier fallecimiento que se produzca habiendo superado un periodo de tiempo de un año desde la ocurrencia del infarto agudo de miocardio o que la muerte, incluso dentro de este periodo de un año, no esté relacionada directamente con dicho proceso.

Beneficiarios para las contingencias de fallecimiento

Los beneficiarios para las contingencias de fallecimiento se entenderá que son los herederos legales pudiendo el Asegurado modificar o revocar los mismos con posterioridad al alta de la cobertura mediante petición y declaración escrita a la Aseguradora en la siguiente dirección: modificacionaccidentes@segurcaixaadeslas.es.

En caso de que se designe expresamente como beneficiario a un acreedor por un préstamo del que sea deudor el Asegurado, se deberá indicar los datos del mismo aplicándose las siguientes reglas:

- a) En caso de fallecimiento del Asegurado, se abonará hasta el límite establecido para esta contingencia, el capital pendiente de amortización del préstamo indicado.
- b) El resto de capital sobrante lo percibirán los herederos legales a partes iguales.

3.3.2. Incapacidad absoluta y permanente

Incapacidad absoluta y permanente por accidente. Si como consecuencia directa de un accidente cubierto por esta póliza, cuya consecuencia le genere una situación de Incapacidad absoluta y permanente, se le abonará al Asegurado el capital indicado en el cuadro incluido en el punto 3.2.

Incapacidad absoluta y permanente por accidente de circulación. Si como consecuencia directa de un accidente de circulación cubierto, cuya consecuencia le genere una situación de incapacidad absoluta y permanente, se le abonará al Asegurado el capital indicado en el cuadro incluido en el punto 3.2.

4. Cobertura de asistencia dental

La Aseguradora se compromete a facilitar al Asegurado la asistencia dental correspondiente de entre las incluidas en el Anexo de Actos Dentales que se incorpora en estas Condiciones Generales.

Dicha asistencia dental se prestará mediante los profesionales y centros sanitarios incluidos en el Cuadro Dental. En el referido Anexo se especifica los importes a abonar por el Asegurado receptor de la asistencia. Estos importes serán diferentes en función del profesional y/o clínica dental utilizada. Estos actos deberán ser abonados directamente por el Asegurado al prestador sanitario o que hubiere dispensado la asistencia.

Cuando el Asegurado se desplace a una provincia distinta a la de contratación de la póliza deberá solicitar de la Aseguradora el Anexo de Actos Dentales aplicable en dicha provincia.

Podrá consultar la relación de Actos Dentales a través de su área privada www.adeslas.es.

5. Cobertura de asistencia en viaje en el extranjero

5.1. DISPOSICIONES PREVIAS

- **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.
- **Asegurado:** la persona física, beneficiaria del seguro de asistencia sanitaria de SegurCaixa Adeslas.
- **Ámbito del seguro y duración:** las coberturas son exigibles en todo el mundo incluido España, salvo aquellas coberturas en las que se indique que sólo son válidas en el extranjero. Su duración va ligada a la del seguro de asistencia sanitaria.
- **Validez:** Para poder beneficiarse de las prestaciones garantizadas el Asegurado no debe exceder los 90 días consecutivos por viaje o desplazamiento.

- **Límites de las garantías y moneda de las mismas:** Los límites económicos de las garantías recogidas en el apartado 5.2. Garantías, límites y exclusiones de asistencia en viaje, son los que, para cada una de ellas, se especifican en dicho apartado. **Para aquellas garantías en las que no figure límite cuantitativo y se encuentren indicadas como incluidas, se entenderá que el límite máximo de las mismas será el coste efectivo de la prestación de la asistencia a efectuar por la Aseguradora.** En cualquier caso, todos los límites de esta póliza son por siniestro ocurrido y Asegurado. La moneda aplicable a todas las garantías es el euro por lo que sus límites serán expresados en esta moneda; con independencia de que para aquellas prestaciones que deban ser pagadas por la Aseguradora en otra moneda, será aplicable el contravalor en euros de la misma a la fecha de ocurrencia del siniestro.

5.2. GARANTÍAS, LÍMITES Y EXCLUSIONES DE ASISTENCIA EN VIAJE

Las garantías cubiertas que se relacionan a continuación contienen sus exclusiones específicas, en el caso de que existan, siendo asimismo de aplicación las exclusiones comunes indicadas en el apartado "Exclusiones de la cobertura asistencia en viaje en el extranjero" (Condiciones Generales Descriptivas 5.4) de estas Condiciones Generales.

A. GARANTÍAS DE ASISTENCIA MÉDICA Y EN VIAJE

A.1. Gastos médicos, farmacéuticos o de hospitalización en el extranjero

Si a consecuencia de una enfermedad o de un accidente, cubierto por la póliza y sobrevenido durante el viaje, el Asegurado necesita asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica u hospitalaria, la Aseguradora se hará cargo de:

- a) Los gastos y honorarios médicos y quirúrgicos.
- b) Los gastos farmacéuticos prescritos por un Médico.
- c) Los gastos de hospitalización.

La cantidad máxima cubierta por Asegurado, por el conjunto de los citados gastos que se produzcan en el extranjero, es de **100.000 euros**.

A.2. Gastos odontológicos de urgencia en el viaje al extranjero

En el supuesto de viaje al extranjero, la Aseguradora se hará cargo de los gastos de tratamiento a consecuencia de la aparición de problemas odontológicos agudos como infecciones, dolores, rotura de piezas, caída de empastes, etc... que requieran un tratamiento de urgencia, **con un límite de 300 euros**.

A.3. Traslado sanitario o repatriación médica

En caso de sufrir el Asegurado una enfermedad o accidente, la Aseguradora se hará cargo:

- a) De los gastos de transporte en ambulancia hasta la clínica u hospital más próximo.
- b) Del control por parte del equipo Médico en contacto con el Médico que atienda al Asegurado herido o enfermo, para determinar las medidas más convenientes, el mejor tratamiento a seguir y el medio más idóneo para su eventual traslado hasta otro centro hospitalario más adecuado o hasta su domicilio.
- c) De los gastos de traslado por el medio de transporte más adecuado, del herido o enfermo, hasta el centro hospitalario prescrito o a su domicilio habitual. Si el Asegurado fuera ingresado en un centro hospitalario no cercano a su domicilio la Aseguradora se hará cargo en su momento, del subsiguiente traslado al mismo. La Aseguradora procederá al traslado, con atención médico-sanitaria si fuera necesario, del Asegurado que hubiera sufrido un accidente o enfermedad grave, que exija cuidados vitales, y siempre que así lo decidan las asistencias médicas de la Aseguradora en colaboración con el Médico que trate al Asegurado, cuando no pueda proseguir el viaje por sus propios medios, hasta un centro hospitalario en España.

El medio de transporte utilizado en Europa y países ribereños del Mediterráneo, cuando la urgencia y la gravedad del caso lo requieran, será el avión sanitario especial.

En el resto del mundo, se efectuará por avión de línea regular o por los medios más rápidos y adecuados, según las circunstancias.

Asimismo en el resto del mundo, si la gravedad de las lesiones así lo exige, el traslado se realizará en avión sanitario especial con un **límite de 150.000 euros**.

A.4. Gastos de regreso por alta hospitalaria

La Aseguradora se hará cargo de los gastos de regreso del Asegurado que, a consecuencia de un accidente o enfermedad cubierto por la póliza, hubiesen sido hospitalizados y dados de alta y como consecuencia, hubiesen perdido su billete de regreso a España por imposibilidad de presentarse en el medio de transporte correspondiente en la fecha y hora marcada en el billete de regreso.

El límite para esta garantía es de 900 euros.

A.5. Envío de un Médico especialista al extranjero

Si el estado de gravedad del Asegurado no permitiera su traslado sanitario a España según lo dispuesto en la garantía A.3, y la asistencia que le pudiera ser prestada localmente no fuera suficientemente idónea a juicio de las asistencias médicas de la Aseguradora, éste enviará un Médico especialista al lugar donde se encuentra el Asegurado para su atención sanitaria, hasta que se pueda proceder a la repatriación médica.

A.6. Envío de medicamento al extranjero

La Aseguradora enviará un medicamento necesario para la curación del Asegurado que no pueda ser obtenido en el lugar donde se halle el Asegurado, enfermo o accidentado, bajo las condiciones de la garantía A.1.

A.7. Consulta o asesoramiento Médico a distancia

Si el Asegurado precisara durante el viaje una información de carácter Médico que no le fuera posible obtener localmente, podrá solicitar la misma telefónicamente a la Aseguradora, el cual la proporcionará a través de sus centrales de asistencia, sin asumir ninguna responsabilidad por la citada información, habida cuenta de la imposibilidad de diagnóstico telefónico.

A.8. Anticipo de fianzas por hospitalización en el extranjero

Cuando por accidente o enfermedad cubiertos por la póliza, durante un viaje por el extranjero, el Asegurado precise ser ingresado en un centro hospitalario, la Aseguradora se hará cargo, **hasta el límite fijado para la garantía primera**, de la fianza que el centro demande para proceder a la admisión del Asegurado.

A.9. Prolongación de estancia

Si, tras estar hospitalizado por un riesgo cubierto por la póliza y ser dado de alta, el Asegurado se viera imposibilitado para proseguir su viaje por prescripción médica, y precisara alojarse en un hotel para su convalecencia, la Aseguradora satisfará sus gastos de alojamiento y manutención, hasta **120 euros por día** y Asegurado con un **máximo de diez días por estancia**.

A.10. Gastos de desplazamiento de un acompañante

Si el Asegurado debiera ser hospitalizado, como consecuencia del acaecimiento de un riesgo cubierto por la póliza, **por un tiempo previsto superior a cinco días**, la Aseguradora facilitará a la persona con domicilio en España que aquél indique un billete de ida y vuelta en ferrocarril (primera clase), avión (clase turista) o del medio de transporte público y colectivo más idóneo, para que acuda junto al hospitalizado.

A.11. Gastos de estancia para acompañante del Asegurado hospitalizado

En el caso previsto en la garantía anterior, la Aseguradora satisfará los gastos de alojamiento y manutención del acompañante en el mismo hospital en el que se encuentre el Asegurado, siempre que sea posible, o en su defecto en el establecimiento que elija el acompañante, **hasta 120 euros por día con un máximo de diez días por estancia**.

Esta garantía será aplicable incluso si el acompañante se encontrara viajando con el Asegurado.

A.12. Gastos de regreso de acompañantes

En el caso de que el Asegurado fuera hospitalizado o trasladado, a causa de accidente o enfermedad grave cubierto por la póliza, y viajara con su cónyuge o pareja de hecho o familiares directos en primer grado, y éstos no pudieran proseguir el viaje en el medio de locomoción que estuvieren utilizando, la Aseguradora organizará y tomará a su cargo el traslado a su lugar de origen o al de destino, o hasta el lugar donde esté hospitalizado el Asegurado repatriado a elección de los acompañantes.

A.13. Retorno de menores

Si el Asegurado viajara en compañía de hijos menores de 18 años y quedasen sin asistencia por causa de accidente, enfermedad o traslado de aquél cubierto por la póliza, no pudiendo seguir el viaje, la Aseguradora organizará y tomará a cargo su regreso al domicilio familiar o hasta el lugar de inhumación, satisfaciendo los gastos de viaje del familiar o amigo, con domicilio en España, designado por el Asegurado para que los acompañe en su regreso si fuera necesario.

Si el Asegurado no pudiera designar a nadie, la Aseguradora proporcionará un acompañante.

A.14. Regreso anticipado del Asegurado a causa del fallecimiento de un familiar

Si el Asegurado debe interrumpir su viaje por fallecimiento de su cónyuge o pareja de hecho, ascendientes o descendientes en primer grado de consanguinidad o afinidad de cualquiera de los Asegurados, la Aseguradora le facilitará un billete de ida y vuelta en ferrocarril (primera clase), avión (clase turista) o del medio de transporte público y colectivo más adecuado, para acudir hasta el lugar de inhumación en España del familiar fallecido y en su caso de un billete de regreso al lugar donde se encontraba al producirse el suceso, si por motivos profesionales o personales precisara proseguir su viaje.

Esta garantía se extiende excepcionalmente al supuesto de graves daños materiales en el domicilio familiar en España.

A.15. Fianzas y gastos procesales

La Aseguradora anticipará al Asegurado, previa garantía formal de proceder a la devolución de las cantidades que le sean prestadas en el plazo de sesenta días, el importe correspondiente a los gastos de defensa jurídica del mismo, **hasta 15.000 euros**, así como el de las fianzas penales que éste se viera obligado a constituir, como consecuencia de un procedimiento judicial instruido con motivo de un accidente de automóvil acaecido fuera del país de residencia y/o domicilio habitual del Asegurado, **hasta un máximo de 10.000 euros**.

A.16. Adelanto de fondos

La Aseguradora adelantará fondos al Asegurado, en caso de necesidad **hasta el límite de 1.500 euros**. La Aseguradora solicitará algún tipo de aval o garantía que le asegure el cobro del anticipo.

En cualquier caso, las cantidades adelantadas deberán ser devueltas a la Aseguradora por el Asegurado en el plazo **máximo de 30 días**.

A.17. Ayuda familiar

Si por aplicación de las coberturas “A.10. Gastos de desplazamiento de un acompañante” o “B.2 Acompañamiento de restos mortales”, viajara junto al Asegurado su cónyuge o pareja de hecho, y por tal causa quedaran solos hijos menores de quince años en el domicilio familiar, la Aseguradora tomará a su cargo los gastos de una persona para que cuide de ellos, hasta un **máximo de 60 euros por día con un máximo de siete días**.

A.18. Envío de objetos olvidados durante el viaje

En caso de que el Asegurado hubiera olvidado durante su viaje equipaje u objetos personales, la Aseguradora organizará y asumirá el envío de los mismos hasta el domicilio en España del Asegurado, con un **máximo de 120 euros**. Esta garantía se extiende también a aquellos objetos que le hubieran sido robados durante el viaje y recuperados posteriormente.

A.19. Pérdida de documentos personales

En el caso de que el Asegurado extraviase o le fueran sustraídos durante el transcurso de un viaje por el extranjero documentos personales tales como pasaportes, visados, tarjetas de crédito o documentos de identificación imprescindibles, la Aseguradora colaborará en las gestiones de denuncia ante las autoridades u organismos públicos o privados necesarios, así como se hará cargo de los gastos ocasionados por la nueva expedición de los mismos hasta el **límite de 120 euros**.

B. GARANTÍAS EN CASO DE FALLECIMIENTO

B.1. Traslado o repatriación de restos mortales

Si, en el transcurso de un viaje cubierto por la póliza, se produjera el fallecimiento del Asegurado, la Aseguradora se hará cargo de los trámites y gastos necesarios para el traslado de sus restos mortales hasta el lugar de inhumación en España. **Se excluyen los gastos de inhumación y ceremonia así como el coste del ataúd.**

B.2. Acompañante de restos mortales

De no haber quien acompañe en su traslado los restos mortales del Asegurado fallecido, la Aseguradora facilitará a la persona con domicilio en España que designen los familiares para acompañar al cadáver, un billete de ida y vuelta en ferrocarril (primera clase), avión (clase turista) o del medio de transporte público y colectivo más idóneo.

B.3. Gastos de estancia del acompañante de restos mortales

De haber lugar a la cobertura anterior, si el acompañante debiera permanecer en el lugar de acaecimiento del fallecimiento, por trámites relacionados con el traslado de los restos mortales del Asegurado, la Aseguradora se hará cargo de sus gastos de estancia y manutención, **hasta 120 euros por día, con un máximo de tres días.**

B.4. Retorno de acompañantes del fallecido

Si el Asegurado fallecido viajara en compañía de su pareja o familiares, la Aseguradora organizará y tomará a su cargo los gastos de retorno de los mismos en el medio de transporte público y colectivo más idóneo, hasta el domicilio familiar o hasta el lugar de inhumación, siempre que no pudieran proseguir el viaje en el medio de locomoción que estuvieran utilizando.

C. GARANTÍAS DE INCIDENCIAS EN VIAJES Y VUELOS

C.1. Pérdida de equipajes facturados en transporte público

En caso de pérdida total o parcial de equipajes o efectos personales que hubieran sido facturados en transporte público, y siempre que tal pérdida fuera responsabilidad del transportista, la Aseguradora satisfará la indemnización correspondiente, **con un límite de 500 euros por bulto y hasta el máximo de 1.000 euros**, la cual será siempre en exceso de la percibida del transportista y con carácter complementario a la misma. Será requisito imprescindible para la obtención de esta garantía que el Asegurado presente los justificantes acreditativos de la pérdida e indemnización recibida en su caso, expedidos por el transportista.

C.2. Demora en la entrega de equipajes facturados en transporte público

En caso de demora en la entrega de equipaje facturado en transporte público superior a 12 horas, la Aseguradora se hará cargo del importe de aquellos artículos de primera necesidad que el Asegurado precisara adquirir con motivo de la falta temporal de su equipaje, **con un máximo de 120 euros**, siendo requisito imprescindible que tales artículos sean adquiridos dentro del plazo de demora sufrido.

El Asegurado deberá aportar la correspondiente documentación acreditativa de la demora, expedida por el transportista, y las facturas de los objetos adquiridos. Este reembolso será deducible de la indemnización que corresponda en caso de pérdida de conformidad con la cobertura anterior.

C.3. Demora del viaje

En caso de **demora superior a 12 horas** en la salida del avión, tren de largo recorrido o barco de línea regular en viajes, y siempre que el Asegurado tuviera billete confirmado previamente, la Aseguradora satisfará la indemnización correspondiente, **hasta el límite de 500 euros**.

C.4. Cancelación de viaje por el transportista

Si se produjera la cancelación efectiva del viaje del Asegurado con billete confirmado, en avión, tren de largo recorrido o barco de línea regular, la Aseguradora satisfará la indemnización correspondiente, **hasta el límite de 500 euros**. A los efectos de esta garantía se entiende por cancelación efectiva la suspensión total del transporte que imposibilite el viaje del Asegurado en el medio contratado con, al menos, doce horas de diferencia (o medie una noche aunque no supere dichas horas), respecto al horario de salida inicialmente previsto.

C.5. Pérdida de conexiones

Si se produjera la falta de conexión entre dos trayectos en avión, tren de largo recorrido o barco de línea regular previamente confirmados por retraso del transporte inicial, la Aseguradora satisfará la indemnización correspondiente al Asegurado, **hasta el límite de 500 euros**.

C.6. Reembolso de los gastos de interrupción del viaje iniciado al extranjero

En el caso de que el Asegurado tuviera que interrumpir su viaje por el extranjero ya iniciado con anterioridad a la ocurrencia del siniestro, a causa del fallecimiento u hospitalización por enfermedad grave o accidente del mismo o su pareja, así como de los familiares que convivan en el domicilio familiar, la Aseguradora tomará a su cargo las cantidades que por causa de dicha interrupción tuviera que satisfacer el Asegurado, **hasta el máximo de 600 euros**. Será requisito imprescindible para tener derecho a esta garantía que dichas cantidades hayan sido previamente abonadas por el Asegurado, debiendo presentar el correspondiente justificante de tal extremo.

D. GARANTÍAS DE ASISTENCIA EN VIAJE

D.1. Trámites administrativos por hospitalización en el extranjero

La Aseguradora colaborará en la gestión de cuantos trámites administrativos sean necesarios para formalizar la admisión del Asegurado en el centro hospitalario, previa solicitud a la central de asistencia de la Aseguradora.

D.2. Localización de equipajes u objetos personales perdidos

La Aseguradora pone a disposición del Asegurado su red de centrales de asistencia para cuantas gestiones de búsqueda y localización sean necesarias en caso de pérdida de equipajes o efectos personales, siempre que sea debida al transportista; facilitando además su colaboración para que el Asegurado efectúe la correspondiente denuncia o reclamación.

D.3. Servicio de información al viajero

La Aseguradora facilitará telefónicamente información básica al Asegurado sobre expedición de pasaportes, visados requeridos, vacunaciones recomendadas u obligatorias, cambios de moneda, consulados y embajadas españolas en el mundo y, en general, datos informativos de utilidad al viajero, previamente al inicio de un viaje o durante el mismo.

D.4. Servicio de información asistencial

La Aseguradora, previa autorización del Asegurado, pondrá a disposición de sus familiares su red de centrales de asistencia para facilitar cuanta información sea necesaria acerca de todas las operaciones de asistencia y ayuda desarrolladas.

D.5. Transmisión de mensajes urgentes

La Aseguradora pondrá a disposición del Asegurado su red de centrales de asistencia para transmitir cuantos mensajes urgentes sean necesarios, derivados de la aplicación de las coberturas.

D.6. Guía de países

La Aseguradora pondrá a disposición de los Asegurados información actualizada web de países de destino. El acceso será mediante la introducción de la correspondiente clave de acceso. Dicha web contiene información sobre las vacunas recomendadas e información sobre enfermedades de la zona. Adicionalmente se incluirán recomendaciones sobre la asistencia sanitaria en el país, así como direcciones y teléfonos de contacto ante emergencias. Se completará la información con consejos generales incluyendo aspectos culturales, embajadas, moneda, festividades locales y clima.

6. Exclusiones de las coberturas de asistencia sanitaria, accidentes, dental y asistencia en viaje en el extranjero

Además de las limitaciones y exclusiones específicas que hemos indicado en los apartados "Cobertura de asistencia sanitaria", "Cobertura de accidentes", "Cobertura de asistencia dental" y "Cobertura de asistencia en viaje en el extranjero" (Condiciones Generales Descriptivas 2, 3, 4 y 5) de estas Condiciones Generales, la póliza tiene también las siguientes exclusiones:

6.1. EXCLUSIONES ESPECÍFICAS DE LA COBERTURA DE ASISTENCIA SANITARIA

A. La asistencia sanitaria o cualquier gasto médico que precise el Asegurado y que sea consecuencia, guarde relación o se derive de una situación que haya sido declarada por organismos nacionales o internacionales como epidemia y/o pandemia, o con una declaración de emergencia de salud pública de interés internacional, o declaración equivalente.

Igualmente se encuentran excluidas las asistencias sanitarias o cualquier gasto médico que precise el Asegurado que sea consecuencia, guarde relación o se derive de guerras, catástrofes naturales o nucleares (con o sin declaración de las mismas), actos de terrorismo, insurrecciones, tumultos populares, o cualquier fenómeno catastrófico extraordinario.

B. 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 vehículos 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.

C. Los fármacos y medicamentos de cualquier clase, productos sanitarios y medios de cura salvo los que se administren al paciente mientras esté hospitalizado, ya sea en régimen de ingreso, hospital de día o cirugía ambulante. Se excluyen los medicamentos de terapia avanzada que comprenden los medicamentos de uso humano basados en genes (terapia génica), células (terapia celular de cualquier tipo) y tejidos (ingeniería tisular). Además, se excluyen todo tipo de tratamientos experimentales incluyendo los que están en ensayo clínico en todas sus fases o grados.

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

E. 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.

F. 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 al apartado "Otras obligaciones, deberes y facultades del Tomador del seguro y/o del Asegurado" (Condiciones Generales Comunes 4.1.) de estas Condiciones Generales.

G. El diagnóstico, tratamiento e intervenciones quirúrgicas realizadas con fines puramente estéticos o cosméticos, así como la necesidad de pruebas diagnósticas o tratamientos por complicaciones que pudieran estar directa y/o principalmente causadas por haberse sometido a una intervención, infiltración o tratamiento de carácter puramente estético o cosmético.

H. La cirugía robótica, en todas las especialidades excepto en los casos indicados en el apartado "Otras coberturas accesorias" (Condiciones Generales Descriptivas 2.10), ya sea directa o asistida (entendiendo en ambos casos las intervenciones realizadas mediante maniobras quirúrgicas que realiza un robot siguiendo las instrucciones de un cirujano y guiado por un sistema laparoscópico telerrobotizado, y/o la que realiza el robot asistida por un sistema informatizado de realidad virtual o navegador con imágenes en 3D obtenidas por ordenador; las cirugías profilácticas y las cirugías del cambio de sexo.

I. 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. Se excluyen las medicinas alternativas, naturopatía, homeopatía, acupuntura, mesoterapia, hidroterapia, presoterapia, ozonoterapia, medicina regenerativa (técnicas de regeneración tisular, celular o molecular, los implantes o trasplantes de células madre y la ingeniería de tejidos). Además, se excluye el tratamiento con cámara hiperbárica.

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

K. Cualquier intervención quirúrgica sobre el no nacido.

L. Todo tipo de prótesis e implantes quirúrgicos y material sanitario implantable sintético o biológico, fijadores externos e internos no detallados en el apartado de "Implantes y prótesis quirúrgicas" (Condiciones Generales Descriptivas 2.7.) de estas Condiciones Generales.

M. La terapia ocupacional.

No obstante lo anterior, en los supuestos contemplados en las anteriores exclusiones B), D), E) y J), 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.

6.2. EXCLUSIONES ESPECÍFICAS DE LA COBERTURA DE ACCIDENTES

Además de las limitaciones y exclusiones específicas que hemos indicado en el apartado anterior y en el apartado "Cobertura de Accidentes", la cobertura tiene también las siguientes exclusiones:

A. Enfermedades o accidentes originados con anterioridad a la entrada en vigor de este contrato, aunque sus efectos se manifiesten con posterioridad a la fecha de efecto de esta póliza.

B. Las prestaciones que no hayan sido comunicadas previamente a la entidad aseguradora y aquellas para las que no se hubiera obtenido la conformidad de ésta, salvo los supuestos de imposibilidad material, debidamente acreditada.

C. Los accidentes producidos cuando usted se encuentre en estado de perturbación mental o, bajo la influencia de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas o estupefacientes no prescritos médicamente. Se entenderá que existe influencia de bebidas alcohólicas cuando usted sobrepase los límites de alcohol establecidos al efecto en la regulación sobre tráfico, circulación de vehículos a motor y seguridad vial vigentes a la fecha de ocurrencia del accidente y/o fallecimiento.

D. Las lesiones o muerte derivadas de derrame cerebral, síncope, embolias, hemorragias u otras enfermedades similares, aunque fuese dictaminado como accidente laboral, por la autoridad legal competente.

E. Por el suicidio o tentativa de suicidio, o por lesiones o enfermedades que hubiera causado el propio asegurado, ya sea en estado de cordura o de perturbación o enajenación mental transitoria.

F. Práctica como profesional de cualquier deporte, y como aficionado de deportes de invierno, deportes en competición y actividades notoriamente peligrosas o de alto riesgo.

G. Las consecuencias de un acto de imprudencia temeraria o negligencia grave cometidos por usted, así como, los derivados de su participación en actos delictivos, competiciones, apuestas, duelos o riñas, siempre que, en el caso de las riñas, no hubiera actuado en legítima defensa o en tentativa de salvamento de personas o bienes.

H. Directa o indirecta, de la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva, química o biológica, de hechos que por su magnitud o gravedad sean calificados por la autoridad competente como de "catástrofe o calamidad, de conflicto armado -aunque no hubiera estado precedido por una declaración oficial de guerra - ni de riesgos extraordinarios sobre las personas y bienes, sin perjuicio, en su caso, de su cobertura por el Consorcio de Compensación de Seguros.

I. Por el ejercicio de las profesiones siguientes: bomberos, buzos, canteros que manejen explosivos, domadores y guardas de animales fieros, personal de seguridad privada, miembros de las Fuerzas Armadas, miembros de las Fuerzas y Cuerpos de seguridad, mineros, toreros, trapezistas que actúen sin red, tripulantes de aeronaves, y otras que pudieran comportar riesgos equivalentes.

J. De accidentes provocados intencionadamente por el asegurado y actos fraudulentos del tomador/asegurado, beneficiario o familiares de estos.

K. Conducir un vehículo sin disponer de la autorización, permiso o licencia administrativa correspondientes que le habilite para ello.

L. A consecuencia del uso como conductor de motocicletas, ciclomotores y similares, o a consecuencia de la práctica del ciclismo siendo persona federada.

M. Los riesgos extraordinarios tales como guerras, terrorismo, tumultos populares, huelgas, fenómenos de la naturaleza y cualquier otro fenómeno de carácter catastrófico o acontecimientos que por su magnitud y gravedad sean calificados como catástrofe o calamidad nacional.

N. De la práctica, cualquiera que sea su frecuencia, con carácter de aficionado, de deportes aéreos en general (paracaidismo, ascensiones en globos aerostáticos, puenting, vuelos en ala delta, parapente, navegación con ultraligeros o planeadores, o cualquier otra actividad similar), de la inmersión subacuática, el barranquismo, el rafting, el alpinismo, la escalada o la espeleología, esquí fuera de pistas, motociclismo (incluso el uso de ciclomotores y motocicletas), equitación, ejercicio del toreo, encierros de reses bravas, lucha corporal, patinaje y similares.

O. De la práctica, como aficionado e integrado en asociaciones deportivas, del hockey, fútbol americano, rugby, polo, boxeo, halterofilia, artes marciales, lucha en sus distintas formas, o de cualquier otro deporte que implique un riesgo evidente para la integridad física del asegurado, ya sea por su propia naturaleza o por no observar las medidas de seguridad requeridas.

P. De la participación en expediciones científicas o bien en competiciones o pruebas de velocidad -incluidos los entrenamientos- con vehículos terrestres, embarcaciones o aeronaves de motor, ya sea en calidad de piloto, copiloto o pasajero.

Q. Los accidentes derivados de la práctica por parte del Asegurado de cualquier deporte con carácter profesional o de competición o exhibición.

R. Accidentes ocurridos a personas que no tengan la residencia en España.

6.3. EXCLUSIONES DE LA COBERTURA DENTAL

Cualesquier asistencia odontológica no incluida expresamente en el Anexo de Actos Dentales, así como aquellas asistencias dentales que para su realización precisen de internamiento hospitalario y/o anestesia general.

6.4. EXCLUSIONES DE LA COBERTURA ASISTENCIA EN VIAJE EN EL EXTRANJERO

Además de las limitaciones y exclusiones específicas que hemos indicado en el apartado "Cobertura de accidentes" (Condiciones Generales Descriptivas 5) de estas Condiciones Generales, la cobertura tiene también las siguientes exclusiones:

6.4.1. Exclusiones aplicables a todas las garantías de asistencia médica y en viaje:

A. Las garantías y prestaciones que no hayan sido comunicadas previamente a la Aseguradora y aquellas para las que no se hubiera obtenido la conformidad de este, salvo los supuestos de imposibilidad material, debidamente acreditada.

B. Los eventos ocurridos en España.

C. Aquellas enfermedades o lesiones que se produzcan como consecuencia de padecimientos crónicos o previos al inicio del viaje, así como sus complicaciones y recaídas.

D. Exámenes médicos generales, chequeos y cualquier visita o tratamiento que tenga carácter de medicina preventiva, según los criterios médicos generalmente aceptados.

E. El tratamiento de enfermedades o estados patológicos provocados por intencional ingestión o administración de tóxicos (drogas, bebidas alcohólicas), narcóticos, o por la utilización de medicamentos sin prescripción médica.

F. Diagnóstico, seguimiento y tratamiento del embarazo, interrupción voluntaria del mismo y partos, excepto las complicaciones claras e impredecibles sobrevenidas durante los 180 primeros días de embarazo.

G. Suicidio, intento de suicidio o autolesiones del Asegurado.

H. Tratamiento, diagnóstico y rehabilitación de enfermedades mentales o nerviosas.

I Adquisición, implantación, sustitución, extracción y/o reparación de prótesis de cualquier tipo, tales como marcapasos, piezas anatómicas, ortopédicas u odontológicas, gafas, lentillas, aparatos de sordera, muletas, etc.

J. Tratamientos especiales, cirugías experimentales, cirugía plástica o reparadora y los no reconocidos por la ciencia médica occidental.

K. Cualquier gasto Médico inferior a 9 euros.

L. Cuando el siniestro se produzca en el extranjero, cualquier gasto Médico incurrido en España aunque corresponda a un tratamiento prescrito o iniciado en el extranjero.

6.4.2. Exclusiones aplicables a las garantías de incidencias en viajes y vuelos:

A. Siniestros ocurridos en la ciudad del domicilio del Asegurado.

6.4.3. Exclusiones generales de la cobertura de asistencia en viaje:

A. Práctica como profesional o federado de cualquier deporte, y competiciones deportivas.

B. Viajes de duración superior a 90 días consecutivos.

C. Rescate de personas en montañas, simas, mares, selvas o desiertos.

D. Actos fraudulentos del Tomador, Asegurado, Beneficiario o familiares de los mismos.

E. Los riesgos derivados de la utilización de energía nuclear.

F. Los riesgos extraordinarios tales como guerras, terrorismo, tumultos populares, huelgas, fenómenos de la naturaleza y cualquier otro fenómeno de carácter catastrófico o acontecimientos que por su magnitud y gravedad sean calificados como catástrofe o calamidad nacional.

7. Forma de obtener las coberturas

7.1. FORMA DE OBTENER LA COBERTURA DE ASISTENCIA SANITARIA

La cobertura se obtendrá de la forma siguiente:

El Asegurado, para recibir la asistencia sanitaria incluida en la cobertura de la póliza, podrá elegir libremente entre los profesionales sanitarios, centros médicos, hospitales y sanatorios (proveedores asistenciales) que la Aseguradora, en cada momento, tenga concertados en toda España. La Aseguradora editará cada año natural esta relación de proveedores asistenciales agrupados por provincias a través de sus Cuadros Médicos los cuales, para determinadas especialidades, podrán contener un único prestador de la asistencia. Será obligación del Asegurado utilizar las asistencias sanitarias 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 o bien, consultar los diferentes Cuadros Médicos provinciales actualizados a través de su web: www.adeslas.es/cuadromedico.

La Aseguradora abonará directamente al profesional o centro los honorarios y gastos que se hayan devengado con ocasión de la asistencia siempre que concurren todos los requisitos y circunstancias establecidos en la póliza.

7.1.1. La visita domiciliaria de Medicina General y Enfermería, se solicitará, para los enfermos que no puedan desplazarse a la consulta, antes de las 10 horas, para ser realizada en el día.

La Aseguradora se obliga a dar cobertura económica a esta prestación de asistencia sanitaria, siempre y cuando ésta esté concertada en la zona para la que se solicite.

7.1.2. La Aseguradora no se hace responsable de los honorarios de Médicos o Profesionales Sanitarios ajenos a su Cuadro Médico, ni de los gastos de hospitalización o asistencias que los mismos pudieran prescribir.

7.1.3. Por cada una de las asistencias sanitarias recibidas 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 dichas asistencias, una de cuyas copias le será entregada al Asegurado como comprobante.

En su caso, el Asegurado también deberá exhibir el documento de autorización previsto en el punto siguiente.

7.1.4. La hospitalización o la prestación de aquellas asistencias sanitarias que, conforme a las normas de utilización de asistencias sanitarias que figuran en el Cuadro Médico editado, precisen de prescripción, deberán ser ordenadas por escrito por un Médico o Facultativo de dicho cuadro y el Asegurado deberá obtener la previa conformidad documentada de la Aseguradora en sus oficinas, o a través de los canales digitales y/o telefónicos que en cada momento tenga habilitado para ello.

Será asimismo requisito imprescindible para obtener la conformidad escrita de la Aseguradora que la asistencia sanitaria a efectuar en régimen de hospitalización, vaya a ser realizada por un Médico o Facultativo del Cuadro Médico de la Aseguradora y esté cubierta por la póliza.

Una vez otorgada la conformidad escrita, la Aseguradora quedará vinculado económicamente. En los casos de urgencia, será suficiente a estos efectos la orden del Médico, **pero el Asegurado deberá obtener la conformidad escrita de la Aseguradora, dentro de las setenta y dos horas siguientes al ingreso hospitalario.** Una vez obtenida aquella, la Aseguradora quedará vinculada económicamente hasta el momento en que manifieste sus reparos a la orden del Médico, en caso de entender que la póliza no cubre el acto o la hospitalización.

7.1.5. Para recibir una asistencia de urgencia, deberá solicitarse por teléfono a la plataforma de urgencias o acudir directamente, según proceda, a un centro permanente de urgencia de los que están establecidos en el Cuadro Médico, donde figuran dirección y teléfono.

7.1.6. A los efectos de este seguro, se entiende comunicado el siniestro al solicitar el Asegurado la prestación de la asistencia, salvo que sea precisa la conformidad previa de la Aseguradora conforme lo estipulado anteriormente, en cuyo caso la comunicación deberá hacerse a la Aseguradora en la forma allí establecida.

7.1.7. Para la prestación de Cirugía Robótica deberá realizarse previamente el pago del importe de la franquicia estipulada, mediante transferencia bancaria a la Aseguradora.

7.2. FORMA DE OBTENER EL REEMBOLSO DE GASTOS SANITARIOS PARA LA COBERTURA DE REEMBOLSO EN REHABILITACIÓN, FISIOTERAPIA, PODOLOGÍA, LOGOPEDIA Y FONIATRÍA.

Para obtener el reembolso de gastos sanitarios que cita el apartado “Cobertura de reembolso” (Condiciones Descriptivas de Cobertura 2.11.), el Asegurado se obliga a presentar a través del área privada en la web www.adeslas.es, o bien 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) Original o copia de la factura relativa al gasto sanitario causado y recibo acreditativo de haber satisfecho su importe. Las facturas incluirán:
 - La identificación completa del emisor (Nombre y Apellidos, domicilio, NIF, especialidad en su caso y número de colegiado).
 - Identificación de la asistencia sanitaria realizada y la fecha en que se llevó a cabo.
 - Identificación (Nombre y Apellidos) del Asegurado atendido.
- c) Original o copia de la prescripción médica en caso de gastos por asistencia sanitaria de fisioterapia, logopedia y foniatría.

No obstante, lo anterior, el Asegurado, cuando así sea requerido por la Aseguradora, deberá aportar los originales de las facturas y, en su caso, de la prescripción médica.

La Aseguradora hará efectivo al Asegurado el importe de reembolso que corresponda dentro de los 15 días laborables siguientes a la recepción de la documentación completa especificada en el apartado anterior. El pago se efectuará mediante transferencia bancaria a la cuenta bancaria indicada por el Asegurado en el impreso de solicitud de reembolso.

7.3. FORMA DE OBTENER EL REEMBOLSO DE GASTOS SANITARIOS PARA LA COBERTURA DE REEMBOLSO EN FARMACIA EXTRAHOSPITALARIA

Para obtener el reembolso de estos gastos, el Asegurado deberá presentar a través del área privada en la web www.adeslas.es, o bien en las oficinas de la Aseguradora la documentación siguiente documentación:

- a) Impreso de solicitud de reembolso de gastos, según modelo de la Aseguradora, debidamente cumplimentado y firmado por el Asegurado.
- b) Original de la prescripción en la que deberá constar:
 - La identidad del facultativo que la extiende, su firma y número de colegiado.
 - La identidad del paciente.
 - La identificación del producto recetado.
- c) Documento acreditativo del pago.

Para la gestión del reembolso la Aseguradora podrá ejercitar el derecho de pedir la información clínica necesaria al Asegurado que justifique la necesidad de la medicación y la concurrencia de las condiciones referidas anteriormente.

La Aseguradora hará efectivo al Asegurado el importe de reembolso que corresponda dentro de los 15 días laborables siguientes a la recepción de la documentación completa especificada en el apartado anterior. El pago se efectuará mediante transferencia bancaria a la cuenta bancaria indicada por el Asegurado en el impreso de solicitud de reembolso.

7.4. FORMA DE OBTENER LA COBERTURA DE ACCIDENTES

El Beneficiario deberá aportar los siguientes documentos en caso de fallecimiento por accidente, Incapacidad absoluta o fallecimiento por Infarto de Miocardio para que el Asegurador pueda abonar la indemnización:

7.4.1. En el caso de fallecimiento

- Los que acrediten la condición de beneficiario, así como el Número de Identificación Fiscal.
- Certificado literal de defunción del Asegurado.
- Las certificaciones médicas o informes de asistencia en urgencias que acrediten las causas del fallecimiento y la fecha en que se produjo el accidente causante del siniestro.
- Certificado de las actuaciones o diligencias judiciales, e informe de la autopsia expedido por el Médico forense.
- Documento que acredite la liquidación del Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones. Con este fin, la Aseguradora emitirá el correspondiente certificado para la presentación de este.
- Certificado expedido por el Registro de Actos de Últimas Voluntades y, en su caso, la copia del último testamento del Asegurado. En el caso de no existir testamento, el Acta de Notoriedad o al auto judicial de declaración de herederos abintestato.
- Cualquier otro documento o medio de prueba que precise la Aseguradora para la determinación de la existencia del accidente, o por otra justa causa tales como:
 - Certificado Médico en el que se detallen las circunstancias y causas del fallecimiento.
 - Resultado de análisis toxicológicos.
 - Designación expresa de beneficiario, en caso de no existir certificado de ello.

7.4.2. En el caso de incapacidad absoluta y permanente

- Los que acrediten la personalidad del beneficiario, así como el Número de Identificación Fiscal.
- Las certificaciones médicas, historial clínico o informe de asistencia que acrediten el estado de incapacidad permanente especificando concretamente las secuelas definitivas padecidas por el Asegurado, la fecha en que se produjo el accidente causante de las lesiones y los posibles antecedentes médicos.
- Informe de 1ª asistencia, donde se describan las lesiones iniciales sufridas en el accidente. Informe evolutivo de las lesiones sufridas, donde se describan resultados de las exploraciones efectuadas funcionales hasta el momento del alta.

- Informe Médico evolutivo de las lesiones sufridas donde se describan las lesiones funcionales en el momento del alta.
- Atestado completo, informe de trabajo, si lo hay, y Diligencias Judiciales si existen
- Cualquier otro documento o medio de prueba que precise la Aseguradora para la determinación de la existencia del accidente, o por otra justa causa.

7.4.3. En el caso de fallecimiento por infarto de miocardio

- Los que acrediten la condición de beneficiario, así como el Número de Identificación Fiscal.
- Certificado literal de defunción del Asegurado.
- Las certificaciones médicas o informes de asistencia en urgencias que acrediten las causas del fallecimiento.
- El diagnóstico, certificado por un Médico colegiado, requerirá las siguientes evidencias del infarto agudo tanto en síntomas como en signos físicos de características típicas, como con la positividad de pruebas diagnósticas (electrocardiograma, cateterismo, ecocardiografía o gammagrafías, por ejemplo) y analíticas (enzimas cardiacas, troponinas o métodos equivalentes).
- Informe de la autopsia expedido por el Médico forense.
- Documento que acredite la liquidación del Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones. Con este fin, la Aseguradora emitirá el correspondiente certificado para la presentación de este.
- Certificado expedido por el Registro de Actos de Últimas Voluntades y, en su caso, la copia del último testamento del Asegurado. En el caso de no existir testamento, el Acta de Notoriedad o al auto judicial de declaración de herederos abintestato.
- Cualquier otro documento o medio de prueba que precise la Aseguradora

7.4.4. Discrepancia en la resolución de un siniestro

En caso de desacuerdo entre la Aseguradora y el beneficiario Asegurado sobre la situación de invalidez o incapacidad del Asegurado, ambos se podrán someter al dictamen de un perito Médico, de acuerdo con el siguiente procedimiento:

- La Aseguradora nombrará un perito Médico y el beneficiario otro. Cada parte satisfará los honorarios de su perito.

- Si uno de los dos no nombra ninguno en los ocho días siguientes a la fecha en que sea requerido por la parte que hubiese designado el suyo, se entenderá que acepta el dictamen del perito nombrado por la otra parte, quedando vinculado por el mismo.
- Los desacuerdos entre peritos se solucionarán por un tercer perito Médico nombrado por ambas partes.
- Si no llegasen a un acuerdo, la designación la hará el Juez de Primera Instancia adscrito al domicilio del beneficiario.
- El dictamen pericial se emitirá en el plazo señalado por las partes, o en su defecto, en el plazo de 30 días a partir de su nombramiento.
- Los honorarios del tercer perito se abonarán a partes iguales.
- El dictamen de los peritos será vinculante para las partes, salvo que se impugne judicialmente por alguna de las partes, dentro del plazo de treinta días en el caso de la Aseguradora y de ciento ochenta en el del beneficiario, computados ambos desde la fecha de su notificación.

7.5. FORMA DE OBTENER LA COBERTURA DE ASISTENCIA DENTAL

7.5.1. A los efectos de este seguro, se entiende comunicado el siniestro al solicitar el Asegurado la prestación de la asistencia.

7.5.2. Al requerir la prestación de asistencia dental, el Asegurado debe exhibir el documento identificativo que la Aseguradora le entregará al efecto, y el último recibo de prima.

7.5.3. El Asegurado, para recibir la asistencia dental incluida en la cobertura de la póliza, podrá elegir libremente entre los facultativos y clínicas u otros establecimientos incluidos (proveedores asistenciales) que la Aseguradora, en cada momento, tenga concertados en toda España. La Aseguradora editará cada año natural esta relación de proveedores agrupados por provincias a través de sus Cuadros Dentales los cuales, para determinadas asistencias, podrán contener un único prestador.

Será obligación del Asegurado utilizar las asistencias de los proveedores que se encuentren en alta en la fecha de solicitud de la asistencia. A estos efectos, podrán solicitar en las oficinas de la Aseguradora a la entrega del Cuadro Dental actualizado o bien, consultar los diferentes Cuadros Dentales provinciales actualizados a través de su web: www.adeslas.es/cuadromedicodental. En dichos Cuadros Dentales se especificará el tipo de modalidad correspondiente al centro o centros permanentes de urgencia.

El Asegurado abonará directamente al profesional o centro los honorarios y gastos que se hayan devengado con ocasión de la asistencia, a excepción de los Actos Dentales con o sin importe a cargo del Asegurado, siempre que concurren todos los requisitos y circunstancias establecidos en la póliza. **La Aseguradora no se hace responsable de los honorarios de facultativos ajenos a su Cuadro Dental, ni del importe de las actuaciones sanitarias que los mismos pudieran prescribir.**

7.5.4. El Asegurado abonará por cada asistencia recibida, el importe que, se establece en el Anexo de Actos Dentales con o sin importe a cargo del Asegurado.

7.5.5. Todos los tratamientos y actuaciones cubiertos por el seguro se realizarán de forma ambulatoria, **se excluyen por ello la hospitalización y la anestesia general.**

7.5.6. En los tratamientos alternativos decidirá el paciente.

7.5.7. En los tratamientos protésicos, será necesaria la aceptación por el Asegurado del presupuesto que realice el facultativo o clínica del Cuadro de la Aseguradora.

El Asegurado abonará directamente al facultativo o al centro dental el importe correspondiente a la prótesis de acuerdo con lo previsto en el Anexo de Actos Dentales con o sin importe a cargo del Asegurado. Desde que sean implantadas, las prótesis tendrán un plazo de dos años de garantía contra el desgaste o deterioro que sufran, siempre que sean utilizadas correctamente.

7.5.8. Para recibir una asistencia dental de urgencia, deberá acudir al centro de urgencia que la Aseguradora tiene establecido, cuya dirección y teléfono figura en el Cuadro Dental.

7.6. FORMA DE OBTENER LA COBERTURA DE ASISTENCIA EN VIAJE EN EL EXTRANJERO. DISPOSICIONES ADICIONALES.

Las condiciones generales de la póliza de asistencia sanitaria son de aplicación, en tanto no se opongan a lo que las presentes disponen.

Es indispensable que, desde el momento del acaecimiento del siniestro, el Asegurado solicite la prestación de las asistencias llamando al siguiente número de teléfono disponible permanentemente las 24 horas al día desde cualquier lugar del mundo: 34 91 745 32 80. Este teléfono aparece en la tarjeta del Asegurado.

En las comunicaciones telefónicas solicitando la asistencia de las garantías señaladas, deben indicar: nombre del Asegurado, número de póliza del seguro de asistencia sanitaria, el lugar donde se encuentra, número de teléfono y tipo de asistencia que precisa.

No se responde de los retrasos o incumplimientos debidos causas de fuerza mayor o a las especiales características administrativas o políticas de un país determinado. En todo caso, si no fuera posible una intervención directa, el Asegurado será reembolsado a su regreso a España, o en caso de necesidad, en cuanto se encuentra en un país donde no concurren las anteriores circunstancias, de los gastos en que hubiera incurrido y se hallen garantizados, mediante la presentación de los correspondientes justificantes. Las prestaciones de carácter médico y de repatriación sanitaria deben efectuarse previo acuerdo del Médico del centro hospitalario que atiende al Asegurado con el equipo Médico de la Aseguradora.

Si el Asegurado tuviera derecho a reembolso por la parte del billete no consumida, al hacer uso de la garantía de repatriación o traslado a España, dicho reembolso revertirá a la Aseguradora.

Las indemnizaciones fijadas en las garantías serán en todo caso complemento de los contratos que pudiera tener cubriendo los mismos riesgos, de las prestaciones de la seguridad social o de cualquier otro régimen de previsión colectiva. La Aseguradora queda subrogado en los derechos y acciones que puedan corresponder al Asegurado por hechos que hayan motivado la intervención de aquel y hasta el total del importe de las asistencias prestadas o abonadas.

8. Periodos de carencia

Todas las coberturas 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.	8 meses
Coste de implantes quirúrgicos y prótesis.	8 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

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 y dermatología, en las intervenciones para la hiperplasia benigna de próstata, en la litotricia de la vía urinaria y en el tratamiento endoluminal de las varices y lesiones traqueobronquiales.	8 meses
Tratamiento del dolor.	8 meses
Diálisis.	8 meses
Ondas de choque para calcificaciones musculotendinosas.	8 meses
Litotricia renal.	8 meses
Quimioterapia y oncología radioterápica.	8 meses

The logo for Adeslas, featuring the word "Adeslas" in a white serif font centered within a blue rounded rectangular background.

Adeslas

SegurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros, con domicilio social en el Paseo de la Castellana, 259 C (Torre de Cristal), 28046 Madrid, con NIF A28011864, e inscrita en el R. M. de Madrid, tomo 36733, folio 213, hoja M-658265.

S.RE.17506.01