

Adeslas Go

CONDICIONES GENERALES

Seguro de enfermedad.

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. Tarjeta sanitaria.	6
6. Duración del seguro.	6
7. Pérdida de derechos, resolución del contrato.	7
8. Estado y autoridad de control de la Aseguradora.	7
9. Instancias de reclamación.	8
10. Comunicaciones y jurisdicción.	9
11. Prescripción.	9
12. Actualización anual de condiciones económicas de la póliza.	10
Condiciones Generales Descriptivas de la cobertura (C.G.D.)	11
1. Definiciones.	11
2. Cobertura de asistencia sanitaria.	14
3. Exclusiones comunes de la cobertura de asistencia sanitaria.	21
4. Forma de obtener la cobertura.	23
5. Periodos de carencia.	25

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.

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 y copagos que en cada caso corresponda, la Aseguradora se compromete a facilitar al Asegurado la cobertura económica de las consultas médicas ambulatorias y pruebas extrahospitalarias comprendidas en el listado de prestaciones sanitarias, indicadas en el apartado "Coberturas de asistencia sanitaria" (Condiciones Descriptivas de Cobertura 2ª), asumiendo la Aseguradora su coste mediante el pago directo a los profesionales o centros concertados que hubieren realizado la prestación.

En el presente seguro de asistencia sanitaria no podrán concederse indemnizaciones optativas en metálico, en sustitución de la prestación de la asistencia sanitaria 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. Si el contrato no fuera resuelto o extinguido conforme a los párrafos anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las 24 horas del día en que el Tomador pagó el precio del seguro.

En cualquier caso, cuando el contrato esté en suspenso, la Aseguradora solo podrá exigir el pago del precio 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 anual 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) Comunicar a la Aseguradora, tan pronto como le sea posible, el cambio de domicilio.
- b) 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 de la anualidad del seguro en que se produzca dicha baja, procediéndose a la adaptación del importe de la prima a la nueva situación.
- c) 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.
- d) 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.
- e) 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. Tarjeta sanitaria

La Aseguradora entregará al Tomador la tarjeta sanitaria personal correspondiente a cada uno de los Asegurados incluidos en la póliza o, en su caso, el documento de cobertura provisional. Dicha tarjeta, que dispondrá de 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.

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) 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).
- b) 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.
- c) Cuando el Tomador deje de tener su residencia habitual en territorio español. Cuando sea un Asegurado el que se encuentre en dicha situación 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.

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 dónde 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 anual de las condiciones económicas de la póliza

La Aseguradora, cada nueva anualidad de seguro, podrá:

- a) Actualizar el importe de las primas.
- b) Actualizar el importe correspondiente a los copagos o participación del Asegurado en el coste de las asistencias sanitarias, a que se refiere el apartado "Forma de obtener la cobertura" (Condiciones Generales Descriptivas 4.4.) de estas Condiciones Generales.
- c) Actualizar el importe correspondiente al Límite Máximo Anual establecido en Condiciones Particulares.

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 de primas y copagos 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 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 de primas y/o copagos 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 a vencimiento de la anualidad en curso. En este último caso, deberá notificar fehacientemente a la Aseguradora su voluntad en tal sentido con un mes de antelación a la finalización del periodo de seguro en curso.

Se entenderá renovado el contrato con las nuevas condiciones económicas, en el caso de que el Tomador no comunique a la Aseguradora su voluntad de poner término al contrato 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.

1. Definiciones

A los efectos de esta póliza se entenderá por:

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

Asegurado o persona Asegurada: la persona o personas naturales sobre las cuales se establece el seguro.

Aseguradora: SecurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros (en adelante la Aseguradora), entidad que asume el riesgo contractualmente pactado.

Asistencia sanitaria a domicilio: asistencia previa prescripción de un Médico o Facultativo de la Aseguradora cuando por motivos que dependan sólo de la enfermedad que aqueje al Asegurado, el mismo se encuentre impedido a trasladarse a la consulta médica.

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.

Copago: importe que el Tomador debe abonar a la Aseguradora para colaborar en la cobertura económica de cada asistencia sanitaria utilizada por los Asegurados incluidos en su póliza.

Dicho importe es diferente en función de las distintas clases de asistencias sanitarias y/o especialidades médicas y su cuantía, que viene determinada en las Condiciones Particulares, puede ser actualizada por cada anualidad de seguro.

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.

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: comprende cualquier ingreso en un hospital (registro de entrada del Asegurado como paciente y su permanencia en el hospital durante un mínimo de 24 horas), la realización de 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.

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.

Límite máximo anual: es la cantidad máxima que el Tomador, en concepto de copago, deberá satisfacer a la Aseguradora. Dicha cantidad máxima se computará independientemente para cada Asegurado menor de 55 años incluido en la póliza y por cada año de vigencia de la misma, prorrateándose los periodos inferiores a la anualidad. A estos efectos, se considerará que el copago corresponde al año en que se reciba la asistencia sanitaria, aunque su efectivo pago por el Tomador se produzca en el año siguiente. No se aplicará este límite en los casos de las asistencias sanitarias solicitados por Asegurados de 55 o más años de edad.

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.

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.

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.

2. Cobertura de asistencia sanitaria

Las especialidades, prestaciones sanitarias y otras coberturas accesorias cubiertas por ésta 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 3ª) de estas Condiciones Generales.

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. ESPECIALIDADES

Están cubiertas exclusivamente las consultas y las pruebas diagnósticas, en régimen ambulatorio, intraconsulta de las siguientes especialidades:

- Alergología. Las vacunas serán a cuenta del Asegurado.
- Anestesia y reanimación.
- Angiología y cirugía vascular.
- Aparato digestivo. Se excluye la cápsula endoscópica.
- Cardiología.
- Cirugía cardiovascular.
- Cirugía general y del aparato digestivo.
- Cirugía maxilo-facial.
- Cirugía Pediátrica.
- Cirugía plástica reparadora.
- Cirugía torácica.
- Dermatología médico quirúrgica.
- Endocrinología y nutrición.
- Geriatria.
- Hematología y hemoterapia.
- Inmunología.
- Medicina interna.
- Medicina nuclear.
- Nefrología.
- Neonatología.
- Neumología.
- Neurocirugía.
- Neurofisiología clínica.
- Neurología.

- **Obstetricia y ginecología.** Vigilancia del embarazo por Médico Tocólogo.
- **Odonto-estomatología.** Incluye una limpieza de boca por cada anualidad de seguro. A partir de la primera limpieza de boca dentro de la anualidad será necesaria la prescripción médica.
- **Oftalmología.** Incluye la retinografía, la tomografía de coherencia óptica y ortóptica.
- **Oncología médica y radioterápica.**
- **Otorrinolaringología.**
- **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:** comprende la valoración del Médico rehabilitador y la fisioterapia del aparato locomotor en régimen ambulatorio (**excluida la fisioterapia domiciliaria**). **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, cardíaca, neuropsicológica o estimulación cognitiva y la terapia ocupacional.**
- **Reumatología.**
- **Traumatología y cirugía ortopédica.**
- **Urología.**

2.3. MEDICINA PREVENTIVA

Se incluyen los controles preventivos, adecuados a la edad del Asegurado, prescritos por un facultativo del Cuadro Médico de la Aseguradora, y realizados con medios y técnicas cubiertas por la garantía de la póliza.

- **Pediatría:** incluye controles preventivos y de desarrollo infantil.
- **Obstetricia y Ginecología:** revisión ginecológica 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. 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 excluyen expresamente los tratamientos de esterilidad o infertilidad.**
- **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: <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. 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.

2.4. MEDIOS DE DIAGNÓSTICO

Los medios de diagnóstico que a continuación se relacionan, en todos los casos, han de ser prescritos por Médicos del Cuadro Médico de la Aseguradora que tengan a su cargo la asistencia del Asegurado, asistencia que ha de estar cubierta por la póliza.

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

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

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

2.4.4. Medios de diagnóstico de alta tecnología:

- Inmunohistoquímica, ergometría, holter.
- Fibroendoscopia.
- 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, y en malformaciones del árbol coronario, **no incluyendo bajo ninguna circunstancia la valoración de estenosis tras implantación de stent, la utilización para cuantificación del calcio en arterias coronarias y su utilización como prueba diagnóstica de screening.**
- Tomosíntesis de mama.
- Medicina nuclear.
- Amniocentesis y cariotipos.
- Pruebas genéticas: están 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 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. OTRAS COBERTURAS ACCESORIAS

La prestación derivada de la asistencia sanitaria también incluye las siguientes coberturas:

- **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.**
- **Logopedia y foniatría.** Incluye el tratamiento de patologías del lenguaje, del habla y de la voz de causa orgánica y trastornos funcionales **quedando excluidos 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 logopedia por deglución atípica para menores de 14 años hasta un máximo de 20 sesiones por Asegurado y anualidad. **Queda excluido el tratamiento de los trastornos del aprendizaje (dislexia, disgrafía y discalculia).**

3. Exclusiones comunes de la cobertura de asistencia sanitaria

Además de las limitaciones y exclusiones específicas que hemos indicado en el apartado "Cobertura de asistencia sanitaria", la asistencia sanitaria cubierta por la póliza tiene también las siguientes exclusiones

- A.** La asistencia sanitaria que precise de hospitalización, ya sea en régimen de ingreso, cirugía ambulatoria u hospital de día, tanto si se trata de hospitalización programada o derivada de una urgencia.
- B.** Las intervenciones quirúrgicas, inclusive las diagnósticas y/o terapéuticas. Se excluyen las 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. Se excluyen las técnicas de lipoinfiltración grasa. Se excluye la micropigmentación del complejo areola pezón.

C. 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.

D. 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 la asistencia sanitaria se produzca o no con ocasión de la conducción de vehículo a motor por el Asegurado.

E. Los actos terapéuticos excepto los realizados por especialistas en rehabilitación, fisioterapia, psicoterapia, logopedia y odonto-estomatología con el alcance que se describen en el apartado "Cobertura de asistencia sanitaria" (Condiciones Generales Descriptivas 2ª) de estas Condiciones Generales.

F. Los cateterismos, la hemodinámica vascular, la radiología intervencionista, la polisomnografía, tomografía por emisión de positrones (PET), la radioterapia y la quimioterapia.

G. Los fármacos y medicamentos de cualquier clase. Quedan excluidos 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, quedan excluidos todo tipo de tratamientos experimentales incluyendo los que están en ensayo clínico en todas sus fases o grados.

H. La asistencia sanitaria derivada del alcoholismo crónico o la adicción a drogas o psicofármacos de cualquier tipo.

I. 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.

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

K. Los tratamientos por esterilidad o infertilidad.

L. Los gastos de transporte del Asegurado al Centro Sanitario y viceversa.

M. Asistencia al parto y cesárea.

N. 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. Quedan excluidas las medicinas alternativas, naturopatía, homeopatía, acupuntura, mesoterapia, hidroterapia, presoterapia, ozonoterapia, medicina regenerativa (Incluye 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.

O. Queda excluida la terapia ocupacional.

4. Forma de obtener la cobertura

La cobertura se obtendrá de la forma siguiente:

4.1. 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 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.

4.2. 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 esté concertado dicha asistencia en la zona para la que se solicite.

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

4.4. Por cada una de las asistencias 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 las asistencias recibidas, 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. Los recibos debidamente firmados servirán de comprobante a la Aseguradora para el abono del coste de la prestación.

El Asegurado abonará por cada asistencia recibida, el importe que, en concepto de copago o participación en el coste de los mismos, se establece en las Condiciones Particulares.

A estos efectos, la Aseguradora, periódicamente remitirá al Tomador del seguro un extracto comprensivo de las asistencias que hubieren utilizado los Asegurados incluidos en la póliza, junto con el importe de los copagos correspondientes a los mismos.

El cobro de la cantidad total que resultare se efectuará mediante recibo domiciliado en la cuenta bancaria que el Tomador haya designado para el pago de las primas y/o copagos.

El importe de los copagos podrá ser actualizado por la Aseguradora, de conformidad con lo establecido en el apartado de "Actualización de las condiciones de la póliza" (Condiciones Generales Comunes 12^a) de estas Condiciones Generales.

4.5. 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.

4.6. 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.

5. 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

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.807.06