Nota Informativa

Adeslas Plena Plus

Este documento es solo informativo y no implica ningún compromiso contractual para ninguna de las partes. Su propósito es informar sobre el precio del seguro en la fecha de emisión.

La información está sujeta a las condiciones de la póliza. Cualquier solicitud de seguro estará sujeta a las normas de selección y tarificación de riesgos, así como a las condiciones generales de la póliza vigentes en la fecha de formalización.

1. Datos de la Aseguradora

SegurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros, con NIF A28011864 y con domicilio social en el Paseo de la Castellana, 259 C (Torre de Cristal), 28046 Madrid, e inscrita en el R.M. de Madrid, tomo 36733, folio 213, hoja M-658265, inscrita en el Registro administrativo de entidades aseguradoras de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones con número C-124.

Informe sobre la situación financiera de la Aseguradora

Cada anualidad, la Aseguradora publicará en su página web un informe sobre su situación financiera y de solvencia. Dicho informe podrá ser consultado en www.segurcaixaadeslas.es/informesolvencia.

2. Nombre del producto

Adeslas Plena Plus

3. Tarifas del seguro (precios)

Distribuidor: A28011864 SegurCaixa Adeslas.

Tarifas (precios) por Asegurado/mes para la primera anualidad del seguro.

Adeslas Plena Plus

Edad	Zona 1 Asegurado / mes	Zona 2 Asegurado / mes	Zona 3 Asegurado / mes	Zona 4 Asegurado / mes	Zona 5 Asegurado / mes	Zona 6 Asegurado / mes
0 - 24 años	**62,00 €**	**64,00 €**	**64,00 €**	**66,00 €**	**67,00 €**	**69,00 €**
25 - 44 años	**72,00 €**	**75,00 €**	**76,00 €**	**77,00 €**	**79,00 €**	**79,00 €**
45 - 54 años	**92,00 €**	**94,00 €**	**96,00 €**	**99,00 €**	**100,00 €**	**105,00 €**
55 - 59 años	**149,00 €**	**155,00 €**	**159,00 €**	**164,00 €**	**166,00 €**	**167,00 €**
60 - 64 años	**175,00 €**	**181,00 €**	**185,00 €**	**196,00 €**	**205,00 €**	**207,00 €**
65 - 69 años	**239,00 €**	**255,00 €**	**259,00 €**	**275,00 €**	**289,00 €**	**291,00 €**
+70 años	**255,00 €**	**259,00 €**	**265,00 €**	**279,00 €**	**295,00 €**	**297,00 €**

Estos importes incluyen recargos e impuestos.
Precios vigentes de Adeslas Plena Plus para contrataciones hasta 31/12/2026.
Importes sujetos a las actualizaciones según se indica en las condiciones de la póliza.

Zona 1: Extremadura, Murcia, Galicia, Canarias, Ceuta y Melilla.

Zona 2: Andalucía, Cantabria, Comunidad Valenciana y La Rioja.

Zona 3: Castilla y León.

Zona 4: Cataluña (excepto Barcelona), Castilla-La Mancha, Madrid y Aragón.

Zona 5: Barcelona.

Zona 6: Baleares.

4. Tipo de seguro

Seguro de enfermedad para la cobertura económica de asistencia sanitaria a través del Cuadro Médico establecido por la Aseguradora, y sin admitir indemnizaciones sustitutivas de esta prestación.

5. Cuestionario de salud

Declaración realizada y firmada por el Asegurado antes de la formalización de la póliza y que sirve a la Aseguradora para la valoración del riesgo que es objeto del seguro.

La inclusión de cada Asegurado en la póliza está supeditada a la aceptación del cuestionario de salud requerido por la Aseguradora. El Asegurado deberá responder y firmar (o su representante legal en caso de menores de edad) el cuestionario de salud. Es imprescindible que la información suministrada por el Asegurado respecto a su salud sea veraz; en caso contrario y/o de omisión a facilitar la información requerida, la Aseguradora podrá denegar la contratación del seguro.

Además, la Aseguradora, podrá aceptar la contratación y/o renovación de la póliza excluyendo la/s coberturas y/o riesgos preexistentes declarados por el Asegurado o resultantes en las pruebas o exámenes médicos.

6. Descripción de garantías ofrecidas

A. GARANTÍAS OBLIGATORIAS

1. Cobertura principal 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 "7.1. Exclusiones comunes de la cobertura de asistencia sanitaria".

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.

1.1. 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.

1.2. 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.

1.3. 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/m^2, 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/PlGF), **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 CO_2.

- 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.**

1.4. 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.

- 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.

- 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.

- 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).

- 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.

- 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.

1.5. 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.

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

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

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

1.5.4. 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 fibrobroncoscopias: 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 neurofisiologica 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.

1.5.5. 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.

1.6. 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 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.

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

- 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 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 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 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 "1.7. Implantes y prótesis quirúrgicas".

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

1.7. 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 transcateter.** 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.**

- 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).

- Implantes reparadores:

- Prótesis mamaria y expansores cutáneos, incluyendo mallas biologicas de recubrimiento mamario 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.

- 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.**

- 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.**

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

- 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.

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.

1.8. 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.

- Hemodiálisis para insuficiencias renales agudas o crónicas.

- 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.**

- Litotricia renal.

- 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).**

- Nucleotomía percutánea.

- 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.**

- Ondas de choque para calcificaciones musculotendinosas.

- 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.**

- 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).

- 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.**

- Trasfusiones de sangre y/o plasma.

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.

1.9. 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.

1.10. 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.**

- Cirugía Robótica en ginecología: queda incluida la cirugía robótica para cáncer del cuerpo uterino, cáncer de endometrio, cáncer de cervix y endometriosis **exclusivamente de Grado IV o severas** (lesiones extensas con múltiples adherencias y afectación de otros órganos), en los centros concertados para ello y que figuran debidamente identificados en el Cuadro Médico de la Aseguradora.

Para acceder a esta asistencia sanitaria será necesaria:

- La prescripción por parte de un Médico o Facultativo especialista en ginecología del Cuadro Médico de la Aseguradora.
- 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.

- Cirugía Robótica en cirugía torácica: queda incluida la cirugía robótica **exclusivamente para lobectomía pulmonar, segmentectomía pulmonar,** en los centros concertados para ello y que figuran debidamente identificados en el Cuadro Médico de la Aseguradora.

Para acceder a esta asistencia sanitaria será necesaria:

- La prescripción por parte de un Médico o Facultativo especialista en Cirugía Torácica del Cuadro Médico de la Aseguradora.
- El pago previo por el Asegurado y a la Aseguradora de una **franquicia por importe de 8.000 euros.**
- La autorización previa emitida por la Aseguradora.

- Cirugía Robótica en urología: 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 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, o localmente avanzado y de riesgo bajo-intermedio;
    2. PSA menor o igual a 20 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); Grado ISUP 1-2-3/Gleason menor o igual 7.
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.**

- 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.

1.11. COBERTURA DE REHABILITACIÓN, FISIOTERAPIA Y PODOLOGÍA MEDIANTE MODALIDAD DE REEMBOLSO DE GASTOS

Mediante esta cobertura, la Aseguradora garantiza, con los porcentajes y límites económicos 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 quiropodia 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) por ciento** del importe al que ascienda el coste de la asistencia sanitaria cubierta que hubiere recibido el Asegurado y ello con los límites económicos que, por Asegurado y anualidad de seguro, 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, hasta una nueva anualidad de seguro si este se prorrogase. Cuando el Asegurado estuviere en alta por un período inferior a una anualidad de seguro completa, los límites señalados se reducirán proporcionalmente.

1.12. COBERTURA DE ASISTENCIA EN VIAJE EN EL EXTRANJERO

Adicionalmente, se incluye la cobertura de **Asistencia en Viaje en el extranjero que garantiza cobertura de asistencia sanitaria urgente en todo el mundo hasta 12.000 euros por siniestro ocurrido y persona,** repatriación de Asegurados enfermos o fallecidos, gastos de prolongación de estancia en hotel, billete de ida y vuelta para familiares desplazados. La estancia máxima cubierta en el extranjero **no podrá exceder de 90 días consecutivos por viaje o desplazamiento.** El seguro tiene definido detalladamente en las condiciones del contrato sus coberturas específicas, sublímites de capital, carencias, así como la exclusión de coberturas. Consúltelo con anterioridad a la contratación.

1.13. OTRAS GARANTÍAS Y SERVICIOS ADICIONALES

También se incorpora dentro de las garantías de la póliza el seguro de Protección de Pagos a través del cual la Aseguradora hace frente al pago de las primas establecidas en el contrato en caso de incapacidad temporal y desempleo, e incapacidad permanente absoluta y fallecimiento del Tomador de la póliza.

Ambos seguros tienen definidos detalladamente en las condiciones del contrato sus coberturas específicas, carencias y exclusiones de cobertura. Consúltelo con anterioridad a la contratación.

Consulte con su mediador o en nuestra web, el detalle de estos servicios complementarios:

- Atención telefónica 24hrs
- Segunda Opinión Médica
- Planes de Prevención y Cuidado
- Cirugía Refractiva, Psicoterapia, Homeopatía, Criopreservación, etc.
- Club Adeslas

B. GARANTÍAS ACCESORIAS OPCIONALES

Este producto ofrece la posibilidad de contratar de forma complementaria al seguro de asistencia sanitaria y opcionalmente para cada Asegurado de la póliza, el módulo adicional **Adeslas Dental Familia**: seguro complementario de asistencia buco dental que presta asistencia a través de un amplio cuadro dental que permite el acceso a las prestaciones que se relacionan en el Anexo de Actos Dentales. En la relación de Actos Dentales se especifican los importes que el Asegurado debe abonar al profesional o centro sanitario por cada asistencia odontológica que, incluida en la cobertura del seguro, se le preste al Asegurado. Dicho importe es diferente en función del profesional y/o clínica dental utilizada y de la modalidad (Dental u Óptima) aplicada por cada uno de ellos. Podrá consultar la relación de Actos Dentales actualizados en www.adeslas.es/cargosdentales.

Consulte tarifas (precios) para la inclusión de este módulo opcional en la web de www.adeslas.es.

7. Exclusiones de la cobertura y carencias

7.1. EXCLUSIONES DE LA COBERTURA DE ASISTENCIA SANITARIA

Además de las limitaciones y exclusiones específicas que hemos indicado en el apartado A "1. Cobertura de asistencia sanitaria", la asistencia sanitaria cubierta por la póliza tiene también las siguientes exclusiones

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 las 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 A “1.10. Coberturas accesorias”, ya sea directa o asistida (entendiendo en ambos casos las intervenciones realizados 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). Ademas, 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 A “1.7. Implantes y prótesis quirúrgicas”.

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.

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

7.2.1. 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.

7.2.2. Exclusiones aplicables todas las garantías en caso de fallecimiento:

A. Los siniestros ocurridos como consecuencia del suicidio del Asegurado.

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

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

7.2.4. 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, mar es, 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.

7.3. PERIODOS DE CARENCIA

Las carencias citadas a continuación, hacen referencia a las cláusulas que componen las Condiciones Generales de la póliza.

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**

8. Forma de obtener las coberturas

8.1. REEMBOLSO DE GASTOS SANITARIOS PARA LA COBERTURA DE REEMBOLSO EN REHABILITACIÓN, FISIOTERAPIA Y PODOLOGÍA

Para obtener el reembolso de gastos sanitarios que cita el apartado anterior, 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 del acto sanitario realizado 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 asistencias de fisioterapia.

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.

9. Condiciones, plazos y vencimiento de las primas

9.1. CUESTIONES GENERALES

El importe de la prima del seguro, está indicado en la 1ª hoja de este documento. La prima ofertada es mensual, si bien puede pactarse su fraccionamiento anual, bimestral, trimestral o semestral.

El pago de la prima se domiciliará en la cuenta que indique el Tomador (debe ser el titular y la entidad financiera tener sede en España). Deberá autorizar a la Aseguradora a efectuar los cargos y abonos que por razón del seguro se produzcan en dicha cuenta.

9.2. COMUNICACIÓN ANUAL DEL VENCIMIENTO DE LAS PRIMAS Y ACTUALIZACIONES

Periodo de vigencia del seguro

El día y la hora de inicio y de vencimiento (finalización) del contrato se indican en las Condiciones particulares.

Llegado a su vencimiento, y siempre que el Tomador se encuentre al corriente en el pago de la prima, el contrato se prorrogará de forma automática por períodos sucesivos no superiores a un año.

Tanto el Tomador como la Aseguradora puede oponerse a la prórroga notificándolo por escrito a la otra parte.

En caso de que sea el Tomador quien se oponga a la prórroga, deberá notificárselo a la Aseguradora, como mínimo, un mes antes de la fecha de finalización del seguro. Si es la Aseguradora la que desea finalizar el contrato, deberá avisarle, como mínimo, con dos meses de antelación.

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.

La nueva prima se calculará teniendo en cuenta el aumento de edad del Asegurado, el incremento del coste de las asistencias sanitarias, la provincia correspondiente al domicilio, por el aumento de siniestralidad del resto de coberturas, la incorporación de la cobertura garantizada de innovaciones tecnológicas de aparición o utilización posterior a la perfección del contrato u otros hechos de similares consecuencias. La Aseguradora, cada anualidad de seguro, podrá actualizar el importe de las primas del seguro, las franquicias y en su caso el porcentaje y los límites de reembolso de gastos médicos. Los incrementos de prima podrán ser ajenos al IPC general.

9.3. TARIFAS DE PRIMA. IDENTIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO A CONSIDERAR EN EL CÁLCULO DE LA PRIMA

La prima se calculará con arreglo a los costes de las asistencias sanitarias de las coberturas y prestaciones cubiertas durante el correspondiente periodo de vigencia del seguro, la edad del Asegurado y la provincia de contratación, utilizando hipótesis actuariales razonables admitidas por la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones. Asimismo, puede consultar en todo momento las tarifas de prima estándar aplicables de las que ya ha sido informado, en www.segurcaixaadeslas.es/tarifassalud.

9.4. CONDICIONES DE RESOLUCIÓN DEL CONTRATO Y OPOSICIÓN A LA PRÓRROGA

El seguro se estipula por el período de tiempo previsto en las Condiciones Particulares. A su vencimiento, y siempre que el Tomador esté al corriente en el pago de las primas, el contrato se renovará tácitamente por periodos anuales, salvo que alguna de las partes se oponga a la renovación del contrato por escrito, con un mes de antelación en el caso del Tomador del seguro y dos meses en el caso de la Aseguradora.

Para más información, en relación a determinados casos en que la Aseguradora no se opondrá a la prórroga del contrato, ver Anexo a la Nota Informativa referente a “Limitaciones a la oposición a la prórroga en casos de edad avanzada o enfermedades graves”.

No obstante lo anterior, 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 residencia habitual en territorio español. Cuando sea un Asegurado el que se encuentre en dicha situación será éste quien causará baja en la póliza.

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.

9.5. REHABILITACIÓN DEL SEGURO

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.

9.6. LÍMITES Y CONDICIONES RELATIVOS A LA LIBERTAD DE ELECCIÓN DEL PRESTADOR

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 podrá modificar esta relación de proveedores asistenciales mediante bajas o altas de los mismos. La Aseguradora mantendrá actualizada la relación de proveedores que estará accesible en su página web: www.adeslas.es/cuadromedico.

Además, 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 asistencia. En cada oficina de atención al público de la Aseguradora se encontrará disponible para los Asegurados el Cuadro Médico provincial correspondiente.

10. Tributos repercutibles

A fecha de emisión de este documento, los recargos aplicables en el recibo del seguro de asistencia sanitaria son el **1,5 por 1.000 del importe de las primas,** correspondiente al recargo destinado a financiar la actividad liquidadora de entidades aseguradoras y un **8%** del importe de las primas por la cobertura de asistencia en viaje, correspondiente al Impuesto sobre primas de seguros.

No obstante, dichos tipos impositivos son susceptibles de variación en el tiempo, por lo que en cualquier caso, el tipo repercutible será el vigente a fecha de emisión de la prima o su fracción.

11. Instancias de reclamación

11.1. 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 habilitada 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.

11.2. 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.

11.3. 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.

12. Legislación aplicable

El seguro se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro y por las demás normas españolas reguladoras de los seguros privados. Asimismo se rige por lo convenido en la póliza.

13. Régimen fiscal

Con carácter general, las primas abonadas por el presente seguro no dan derecho a ningún beneficio fiscal, no son deducibles en el Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, ni dan derecho a deducción o bonificación alguna.

Si el Tomador fuese empresario o profesional en régimen de estimación directa podrá deducir en su Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, la prima pagada por cobertura de enfermedad **hasta 500 euros por persona,** computando a estos efectos **exclusivamente** su propia cobertura, la de su cónyuge y sus hijos/as menores de 25 años que convivan con el Tomador; esta cuantía asciende a **1.500 euros en el caso de personas con discapacidad** (en el caso de que el Tomador sea residente fiscal en Navarra el límite de **500 euros** se aplica a la propia cobertura del Tomador y a la de su cónyuge, así como a la de los descendientes por los que aquel tenga derecho a deducción por mínimo familiar. El gasto deducible **máximo será de 500 euros** por cada una de las personas señaladas anteriormente o de **1.500 euros por cada una de ellas con discapacidad.**

Si el Tomador estuviera asegurando a sus empleados/as, la prima pagada será gasto deducible en el Impuesto sobre Sociedades o en el Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas si fuera empresario o profesional. La prima por cobertura de enfermedad del propio empleado/a, su cónyuge y sus descendientes no constituirá retribución en especie del empleado/a con los límites cuantitativos por persona señalados en el párrafo anterior.

La cuantía que excediera de estos límites se consideraría retribución en especie y estaría sometida al correspondiente ingreso a cuenta.

Las prestaciones de asistencias sanitarias obtenidas no se consideran renta en el Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas del beneficiario/a.

14. Información básica sobre protección de datos personales

Responsable
Segurcaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros

Finalidad
Tramitación de la simulación de seguro y así como realizar el perfilado para el cálculo del importe de la prima.

De no formalizarse la póliza, transcurridos diez días hábiles desde la fecha de finalización de validez de esta simulación, los datos contenidos en la misma serán objeto de cancelación.

Legitimación
Ejecución de un contrato (desarrollo de medidas precontractuales a solicitud del interesado).

Asimismo, el Tomador declara que los datos de carácter personal facilitados son veraces, exactos y de su propia titularidad y/o de terceros de los que dispone de su consentimiento para cederlos a nuestra entidad.

Destinatarios
No se cederán los datos facilitados a terceros, salvo obligación legal y aquellas comunicaciones necesarias para la ejecución de la póliza.

Derechos
Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional.

Origen de los datos
El responsable del tratamiento podrá utilizar datos obtenidos de fuentes públicas con la finalidad de realizar la simulación solicitada.

Información adicional
Puede consultar más información sobre la política de protección de datos de SegurCaixa Adeslas en la siguiente página web: www.segurcaixaadeslas.es/es/proteccion-de-datos.

15. Derecho de desistimiento del Tomador

El Tomador del seguro podrá desistir del contrato, sin necesidad de indicar los motivos y sin que se le aplique penalización alguna, dentro del plazo de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que la Aseguradora le entregue, mediante soporte duradero, la documentación correspondiente a la póliza. No podrá ejercitar tal derecho de desistimiento si el Tomador hace uso de las coberturas garantizadas por su póliza.

El Tomador podrá ejercer el citado derecho de desistimiento mediante cualquier procedimiento que permita dejar constancia de la notificación dirigida a la Aseguradora a través de cualquier modo admitido en Derecho. A tal efecto podrá dirigir una carta firmada al domicilio de la Aseguradora o realizar una llamada telefónica al número **900 50 50 40 o 91 919 18 98,** identificando claramente en ambos casos sus datos personales y los del contrato sobre el que desea ejercitar el derecho de desistimiento.

El contrato quedará extinguido y, consecuentemente, cesará la cobertura del riesgo Asegurado, en la misma fecha en que la Aseguradora reciba la notificación del desistimiento por parte del Tomador quien tendrá derecho a la devolución o extorno de la parte proporcional de prima no consumida que, en su caso, corresponda. Dicha devolución tendrá lugar en el plazo máximo de treinta días naturales contados desde el día de notificación del desistimiento.

16. Información sobre el distribuidor

La Aseguradora realiza una venta informada, conforme a las exigencias y necesidades del cliente, ofreciendo una información objetiva y comprensible del producto.

La naturaleza de la remuneración percibida por los empleados de la Aseguradora en relación con la venta de este seguro podrá consistir en diferentes incentivos, dinerarios o no, determinados conforme al ejercicio de su actividad, que no supondrán, en ningún caso, un conflicto que afecte a su obligación de actuar en el mejor interés del cliente ni coste adicional para el mismo.

Anexo a la Nota Informativa

Adeslas Plena Plus

Limitaciones a la oposición a la prórroga por parte de las entidades aseguradoras en los contratos de seguro con particulares en la modalidad de prestación de asistencia sanitaria con cuadro médico en casos de edad avanzada o enfermedades graves

Los contratos de seguro de salud con particulares en la modalidad de prestación de asistencias con Cuadro Médico suelen ser contratos de duración anual que se prorrogan automáticamente por otra anualidad si ninguna de las partes se opone a la misma. Esta posibilidad de oposición a la prórroga es una facultad que las Entidades Aseguradoras sólo ejercitan excepcionalmente en casos extremos y graves por mal uso de la póliza pero nunca por exceso de siniestralidad o edad.

No obstante lo anterior, la Entidad Aseguradora adherida a la "Guía de buenas prácticas en materia de contratación de los seguros de salud." no se opondrá a la prórroga del contrato en los supuestos recogidos en este anexo y siempre que se cumplan las siguientes condiciones:

1. No oponerse a la prórroga de contratos de seguro que tengan Asegurados con determinadas situaciones de enfermedad grave, siempre y cuando el primer diagnóstico se haya producido durante su período de alta en la póliza. Serán enfermedades con tratamiento en curso dentro del contrato de las que se enumeran a continuación:

- Procesos oncológicos activos.
- Enfermedades cardíacas tributarias de tratamiento quirúrgico o intervencionista.
- Trasplante de órganos.
- Cirugía ortopédica compleja en fase de evolución.
- Enfermedades degenerativas y desmielinizantes del sistema nervioso.
- Insuficiencia renal aguda.
- Insuficiencia respiratoria crónica tórpida.
- Hepatopatías crónicas **(excluidas las de origen alcohólico).**
- Infarto agudo de miocardio con insuficiencia cardíaca.
- Degeneración macular.

2. No ejercitar oposición a la prórroga respecto de contratos de seguro que tengan Asegurados mayores de 65 años, cuando su permanencia acreditada en la entidad, sin impagos, alcanzara una antigüedad continuada de 5 o más años.

3. Los compromisos anteriores no serán de aplicación o quedarán sin efecto en aquellos supuestos en los que:

- El Asegurado hubiese incumplido sus obligaciones o hubiese existido reserva o inexactitud por parte del mismo a la hora de declarar el riesgo.
- Se produjese impago de la prima o negativa a aceptar su actualización por parte del Tomador.

4. La renuncia por parte de la compañía a su derecho de oponerse a la continuidad de la póliza requiere de forma inexcusable que el Tomador acepte la prima y la participación en el coste de las asistencias que le correspondan, y que la Aseguradora podrá actualizar periódicamente para adecuarlos a la evolución de los costes del seguro, siempre conforme a criterios actuariales y dentro de los límites de la ley y del contrato.

La Aseguradora



SegurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros

S.NI.W.1069.05

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.