

Adeslas**EXTRA**

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

| **condiciones generales** |

Adeslas

BANCO DE ESPAÑA

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

ÍNDICE

CLÁUSULAS JURÍDICAS (condiciones generales)	3
1. Cláusula preliminar.	3
2. Objeto del Seguro.	3
3. Pago de Primas.	4
4. Otras obligaciones, deberes y facultades del Tomador del Seguro y/o del Asegurado.	4
5. Otras obligaciones de la Aseguradora.	6
6. Duración del Seguro.	7
7. Periodos de carencia.	7
8. Pérdida de derechos, resolución del contrato	7
9. Información sobre el tratamiento de datos personales.	8
10. Estado y autoridad de control de la Aseguradora.	12
11. Instancias de reclamación.	12
12. Comunicaciones y jurisdicción.	12
13. Prescripción.	13
14. Actualización anual de condiciones económicas de la Póliza.	13
CLÁUSULAS DESCRIPTIVAS DE LA COBERTURA DE ASISTENCIA SANITARIA (condiciones generales)	14
1. Definiciones.	14
2. Modalidad I: Reembolso de gastos sanitarios.	16
3. Modalidad II: Prestación de asistencia sanitaria por medio de los cuadros médicos de la Aseguradora.	18
4. Cartera de servicios con cobertura.	19
5. Exclusiones comunes de la cobertura de Asistencia Sanitaria.	33
6. Límites generales.	34
7. Seguro de los recién nacidos.	36

1) Cláusula preliminar

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

2) Objeto del Seguro

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

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

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

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

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

En adelante, siempre y cuando se mencione que la Aseguradora se hará cargo de una cobertura, se entenderá que en la Modalidad II (Modalidad de Prestación de Asistencia Sanitaria) se hace cargo directamente la Aseguradora y en el caso de la Modalidad I (Reembolso de Gastos), el Asegurado abonará el importe del gasto y la Aseguradora reembolsará dentro de los límites del producto contratado, recogidos en las Condiciones Particulares y/o Especiales.

3) Pago de Primas

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

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

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

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

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

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

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

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

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

c) Comunicar a la Aseguradora, tan pronto le sea posible, las altas y bajas de asegurados que se produzcan durante la vigencia de la Póliza, tomando efecto las altas el día primero del mes siguiente a la fecha de la comunicación efectuada por el Tomador y las bajas el día de vencimiento de la anualidad del seguro en que se produzca dicha baja procediéndose a la adaptación del importe de la Prima a la nueva situación.

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

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

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

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

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

h) El Asegurado deberá facilitar a la Aseguradora durante la vigencia del Contrato cuanta documentación e información médica le sea requerida a los solos efectos de valorar la cobertura del coste de las 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 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 enviar una nueva tarjeta al domicilio del Asegurado que figura en la Póliza, anulando la extraviada, sustraída o deteriorada.

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

La Aseguradora no se responsabiliza de la utilización indebida o fraudulenta de la tarjeta sanitaria.

4.3. El Tomador del Seguro podrá reclamar a la Aseguradora, en el plazo de un mes desde la entrega de la Póliza, que se subsanen las divergencias existentes entre ésta y la proposición de Seguro o las cláusulas acordadas, según dispone el artículo 8 de la Ley.

5) Otras obligaciones de la Aseguradora

Además de la cobertura económica de la prestación de la asistencia sanitaria, la Aseguradora entregará al Tomador del Seguro la Póliza o, en su caso, el documento de cobertura provisional o el que proceda según lo dispuesto en el artículo 5 de la Ley.

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

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

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 por parte del Tomador y dos meses por parte de la Aseguradora, a la fecha de conclusión del periodo de Seguro en curso.

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

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

- a) En la fecha en que traslade su residencia habitual al extranjero, o en todo caso cumpla nueve meses de residencia dentro de la anualidad del seguro fuera de España.**
- b) Cuando uno de los Asegurados deje de vivir de forma habitual en el domicilio identificado en la Póliza causará baja en el Seguro y el Tomador deberá comunicarlo a la Aseguradora. 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.**

7) Periodos de Carencia

Todas las prestaciones que en virtud de la Póliza de seguro de asistencia sanitaria general asume la Aseguradora serán facilitadas desde la fecha de entrada en vigor del Contrato para cada uno de los Asegurados, salvo aquellas prestaciones en las cuales así se establezca y durante el periodo que figure en las Condiciones Particulares.

8) Pérdida de derechos, resolución del contrato

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

- a) En caso de reserva o inexactitud al cumplimentar el Cuestionario de Salud la Aseguradora podrá rescindir el Contrato mediante declaración dirigida al Tomador del Seguro en el plazo de un mes, a contar desde la fecha en que ésta tuviera conocimiento de la reserva o inexactitud del cuestionario cumplimentado por alguno de los Asegurados incluidos en la póliza. Corresponderán a la Aseguradora, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al periodo en curso en el momento en que haga 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) En los supuestos de utilización de la modalidad de reembolso, si no presenta la documentación original cuando sea requerido para ello por la Aseguradora o cuando las copias aportada no se correspondan fielmente con los originales o las mismas hubiesen sido objeto de manipulación.

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) Información sobre el tratamiento de datos personales

1. Responsable del tratamiento de datos personales y Delegado de Protección de Datos

El responsable del tratamiento de sus datos personales es SegurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros ("SegurCaixa Adeslas") con NIF A28011864 y domicilio social en el Paseo de la Castellana, 259 C (Torre de Cristal), 28046 Madrid.

SegurCaixa Adeslas ha nombrado un Delegado de Protección de Datos ante el cual podrá poner de manifiesto cualquier cuestión relativa al tratamiento de sus datos personales dirigiéndose al correo electrónico dpd@segurcaixaadeslas.es, o por escrito a la sede social con la referencia "Delegado de Protección de Datos".

2. Finalidad del tratamiento de datos personales

TRATAMIENTOS OBLIGATORIOS

SegurCaixa Adeslas, en su condición de Aseguradora, trata datos personales, de manera automatizada y no automatizada, de distintos colectivos de afectados (Tomadores, Asegurados, beneficiarios, terceros, en adelante todos ellos interesados) con la finalidad de dar cumplimiento a las pólizas de seguro emitidas y sus obligaciones legales como entidad aseguradora. Esto incluye, entre otros, tratamientos como la gestión de siniestros, abono de prestaciones, y otros tratamientos necesarios para el desarrollo de la actividad aseguradora y cálculo de prima, entre otros.

Asimismo, para llevar a cabo las actualizaciones económicas de la póliza la Aseguradora podrá tratar los datos, tanto del Tomador como de los Asegurados incluidos en la póliza, bien proporcionados por éstos o, en su caso, por aquel, como datos sociodemográficos procedentes de fuentes públicas, así como los obtenidos con ocasión del desarrollo de la relación de seguro.

Antes de formalizar cualquier póliza de seguros se solicitarán una serie de datos personales que serán tratados con la finalidad de realizar una simulación de la misma. El resultado de esta simulación dependerá de las condiciones personales de los Asegurados y del producto o productos que deseen contratar y será realizado conforme a criterios de técnica actuarial. Para realizar esta simulación es necesario llevar a cabo un perfilado utilizando para ello, tanto los datos que nos facilite como datos obtenidos de fuentes públicas, a fin de que el cálculo resulte lo más ajustado posible a la situación personal del interesado.

Los datos personales recabados por SegurCaixa Adeslas también podrán ser utilizados para la realización de encuestas de calidad, extracción de estadísticas y/o estudios de mercado.

Adicionalmente SegurCaixa Adeslas podrá tratar datos personales para dar cumplimiento a cualquier obligación legal que le incumba, específicamente obligaciones relacionadas con la regulación del mercado de seguros, los mercados financieros, la normativa mercantil y tributaria o la regulación de la prestación de servicios de asistencia sanitaria, entre otras.

En particular, resulta obligatorio adoptar medidas efectivas para, prevenir, impedir, identificar, detectar, informar y remediar conductas fraudulentas relativas a seguros. Para ello SegurCaixa Adeslas podrá tratar los datos de sus clientes, potenciales clientes o de terceros, incluyendo datos especialmente protegidos y datos obtenidos de fuentes públicas o datos que los propios interesados hayan hecho públicos, especialmente aquellos que puedan encontrarse en redes sociales.

TRATAMIENTOS VOLUNTARIOS

También se podrán realizar otros tratamientos de datos personales que no responden a la necesidad de ejecutar un contrato o cumplir con una obligación legal y a los que el interesado podrá oponerse.

Así, siempre y cuando el interesado no se oponga y mantenga algún tipo de relación directa con SegurCaixa Adeslas, podrá recibir, por cualquier canal de comunicación, incluidos medios electrónicos, información sobre ofertas o promociones relativas a los productos contratados y sobre otros comercializados por SegurCaixa Adeslas que puedan ser de su interés. Para ello, se podrán analizar sus datos personales a fin de elaborar un perfil con los mismos que permita que dichas comunicaciones se ajusten todo lo posible a sus necesidades y preferencias. En este análisis se podrán tener en cuenta datos demográficos y de productos contratados con SegurCaixa Adeslas.

PLAZO DE CONSERVACIÓN DE LOS DATOS PERSONALES

Los datos personales de los clientes serán conservados mientras permanezca vigente la relación contractual con el objetivo de dar cumplimiento a las finalidades ya descritas. Una vez finalice la relación contractual estos datos serán bloqueados durante el periodo en el que puedan ser necesarios para el ejercicio o la defensa en el marco de acciones administrativas o judiciales y solo podrán ser desbloqueados y tratados de nuevo por este motivo. Superado este periodo los datos serán cancelados.

Los datos personales de terceros recabados con ocasión de la gestión de un siniestro serán conservados en tanto dure dicha gestión. Una vez finalizada la misma serán bloqueados durante el periodo que resulte necesario para atender a posibles reclamaciones derivadas del siniestro. Superado este periodo los datos serán cancelados.

3. Destinatarios de los datos personales (cesiones de datos)

SegurCaixa Adeslas trata los datos personales de los interesados con la debida confidencialidad no realizando cesiones de datos a terceros salvo las indicadas a continuación y para las siguientes finalidades:

- Cumplir con los términos de las pólizas de seguro, a través de prestadores de servicios relacionados con las coberturas del seguro, entidades de seguros, reaseguro y/o coaseguro u otras entidades colaboradoras (centros y profesionales sanitarios, talleres de reparación de vehículos, profesionales o empresas de reparaciones domésticas, peritos u otros profesionales análogos), con la única finalidad de gestionar el contrato de seguro, atender, en su caso, los siniestros, así como a través de entidades financieras para girar al tomador el recibo correspondiente a la prima u otros pagos que le corresponda realizar derivados del contrato de seguro.
- Cumplir con obligaciones legales con Administraciones, Autoridades y Organismos Públicos, incluidos Juzgados y Tribunales, cuando así lo exija la normativa reguladora del Mercado de Seguros, financiera, fiscal o cualquier otra aplicable a SegurCaixa Adeslas.

También podrán tener acceso a datos personales los proveedores de servicios con los que SegurCaixa Adeslas mantenga una relación contractual y tengan la condición de encargados de tratamiento.

4. Derechos del interesado en relación con el tratamiento de sus datos personales

El interesado podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento y portabilidad de los datos en los casos y con el alcance que establezca la normativa aplicable en cada momento.

También tiene derecho a retirar el consentimiento a los tratamientos voluntarios si lo hubiera prestado y/u oponerse a recibir comunicaciones comerciales.

Para ejercer estos derechos podrá dirigirse a SegurCaixa Adeslas por alguno de los siguientes canales:

- Correo postal adjuntando fotocopia de su D.N.I. o documento equivalente dirigido a: "Tramitación Derechos de Privacidad" en el Paseo de la Castellana 259C - 6ª Planta – Torre de Cristal, 28046 Madrid.
- Dirigiéndose presencialmente a cualquiera de las delegaciones de SegurCaixa Adeslas.

Se le informa, asimismo, de su derecho a presentar una reclamación derivada del tratamiento de sus datos personales ante la Agencia Española de Protección de Datos.

Si tiene cualquier duda en relación con el ejercicio de sus derechos puede contactar con el Delegado de Protección de Datos de SegurCaixa Adeslas. Encontrará los datos y canales de contacto en el apartado 1. "Responsable del tratamiento de datos personales y Delegado de Protección de Datos".

5. Origen de los datos

Los datos de los interesados pueden ser facilitados a SegurCaixa Adeslas por el propio interesado o el tomador de la póliza de seguro en cualquier momento de la relación (pre-contractual y contractual) con SegurCaixa Adeslas con las finalidades que se describen en el apartado 2. "Finalidad del tratamiento de datos personales". Además, en el marco de la gestión de las pólizas suscritas y, en su caso, la atención de siniestros, se pueden recibir datos personales de los tomadores, asegurados y terceros, incluso a través de las entidades prestadores de los servicios objeto de cobertura por las pólizas (centros y profesionales sanitarios, talleres de reparación de vehículos, profesionales o empresas de reparaciones domésticas, peritos u otros profesionales análogos).

El interesado será responsable de la exactitud y veracidad de los datos personales facilitados a SegurCaixa Adeslas quien se reserva el derecho de rectificar o suprimir los datos falsos o incorrectos sin perjuicio de tomar otras acciones legales oportunas en cada caso. Cuando los datos facilitados correspondan a un tercero, el interesado tendrá la obligación de informar y obtener el consentimiento del tercero sobre los tratamientos descritos en el presente texto.

Como ya se ha indicado, se tratan también datos obtenidos de fuentes públicas de Organismos Oficiales con la finalidad de complementar la información facilitada por el interesado durante el proceso de contratación del seguro.

También, como ya se ha indicado, se podrán tratar datos hechos públicos por los interesados con la finalidad de adoptar las medidas que sean necesarias para prevenir conductas fraudulentas relativas a seguros. En particular SegurCaixa Adeslas podrá tratar datos obtenidos de perfiles públicos en redes sociales de los interesados con esta finalidad.

10) 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.

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 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.

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) Comunicaciones y jurisdicción

12.1. 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 en el domicilio de los mismos recogido en la Póliza, salvo que hubiesen notificado el cambio de su domicilio a aquélla.

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

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

13) Prescripción

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

14) 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) Modificar los límites de reembolso de gastos establecidos en las Condiciones Especiales.
- c) Modificar el porcentaje de reembolso de gastos al que se refieren la cláusula 2ª (Cláusulas Jurídicas) y la cláusula 2ª (Cláusulas Descriptivas de Cobertura).

Con independencia de las 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 la Condición General 3.2. (Cláusulas Descriptivas de Cobertura) y la edad alcanzada por cada uno de los Asegurados, aplicando la tarifa de Primas que la Aseguradora tenga en vigor en la fecha de 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 límites de reembolso se fundamentarán en los cálculos técnicoactuariales necesarios para determinar la incidencia en el esquema financieroactuarial del Seguro, del incremento del coste de los servicios sanitarios, el aumento de la frecuencia de las prestaciones cubiertas por la Póliza, la incorporación a la cobertura garantizada de innovaciones tecnológicas de aparición o utilización posterior a la perfección del Contrato u otros hechos de 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 límites de reembolso para la siguiente anualidad, podrá optar entre la prórroga del Contrato de Seguro, lo que supone la aceptación de las nuevas condiciones económicas, o poner término al mismo al vencimiento de la anualidad en curso. En este último caso, deberá notificar fehacientemente a la Aseguradora su voluntad en tal sentido.

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

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

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 los Asegurados quedan informados y asumen que los profesionales y los centros que integran el Cuadro Médico actúan con plena independencia de criterio, autonomía y exclusiva responsabilidad en el ámbito de la prestación sanitaria que les es propia.

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

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

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

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

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

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

Enfermero: Profesional legalmente capacitado y habilitado para desarrollar la actividad de enfermería.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tarjeta Sanitaria: Documento propiedad 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 los servicios cubiertos por la Póliza.

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

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

2) Modalidad I: Reembolso de gastos sanitarios

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

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

- a) Impreso de solicitud de reembolso de gastos, según modelo de la Aseguradora, debidamente cumplimentado y firmado por el Asegurado.
- b) Fotocopia de las facturas relativas a los gastos sanitarios causados y de los recibos o documentos que acrediten haber satisfecho su importe a los establecimientos y profesionales sanitarios que correspondan.

Las facturas incluirán:

- Nombre y apellidos o denominación social de la persona física o jurídica que las emita, su domicilio, teléfono, número de colegiado y especialidad en su caso y N.I.F. o C.I.F.
- Desglose adecuado de los diversos conceptos asistenciales y su naturaleza (clase de acto/s médico/s y su/s fecha/s).
- c) Fotocopia de las prescripciones médicas en caso de medios de diagnóstico, tratamientos especiales, hospitalización y otros servicios.

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

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

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

Con independencia de todo ello, el Asegurado se obliga a prestar a la Aseguradora toda la colaboración que ésta le solicite para completar su información sobre el siniestro y sus consecuencias, permitiendo la visita médica de los profesionales Médicos y especialistas designados por la Aseguradora, los cuales no sólo velarán por el exacto cumplimiento del Contrato de Seguro sino que apoyarán con sus conocimientos al equipo Médico que atienda al paciente.

Dentro de esta colaboración, el Asegurado se obliga a facilitar a la Aseguradora traducción oficial de los documentos redactados en idiomas distintos a los que tienen carácter de oficiales en el Estado español. Si los documentos aportados se encontrasen redactados en los idiomas inglés y/o francés, el Asegurado podrá quedar eximido de aportar su correspondiente traducción al castellano si solicita de la Aseguradora que sea ésta quien proceda a su traducción. En tal supuesto, el Asegurado acepta la traducción así realizada por la Aseguradora.

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

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

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

La prestación tendrá lugar de acuerdo con lo siguiente:

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

3.2. 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. El uso adecuado de este servicio requiere que se utilice sólo por motivos estrictamente médicos.

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

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

3.4. Para la hospitalización y para la prestación de aquellos servicios que precisan autorización previa de la compañía, será necesaria la prescripción por el médico que tenga a su cargo la asistencia del Asegurado, el cual deberá obtener la conformidad previa documentada de la Aseguradora en sus oficinas, o a través de los canales digitales y/o telefónicos que en cada momento tenga habilitado para ello.

Una vez otorgada esa conformidad, vinculará económicamente a la Aseguradora. En los casos de urgencia, será suficiente a estos efectos la orden del Médico, **pero el Asegurado deberá obtener la conformidad de la Aseguradora en sus oficinas, dentro de las setenta y dos horas siguientes al ingreso.** La Aseguradora quedará vinculada económicamente hasta el momento en que manifieste sus reparos a la prescripción del Médico, por entender que no queda cubierta en la Póliza.

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

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

4) Cartera de servicios con cobertura

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

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

Las especialidades, prestaciones sanitarias y otros servicios cubiertos 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 5:

4.1. MEDICINA PRIMARIA

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

4.2. URGENCIAS

Servicio Permanente de Urgencia, que se prestará en el centro o centros que constan en el catálogo de servicios entregado por la Aseguradora. La asistencia será domiciliaria siempre que el estado del enfermo lo requiera, y será prestada por médico y/o enfermero, tanto para adultos como para niños, todo ello 24 horas al día.

4.3. ESPECIALIDADES

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

- **Alergología.** Las vacunas serán a cuenta del Asegurado.
- **Anestesia y reanimación.**
- **Angiología y cirugía vascular.** Incluye el tratamiento endoluminal de varices por láser siempre y cuando no sea por motivos estéticos.
- **Aparato digestivo.** Queda incluida la cápsula endoscópica para el estudio diagnóstico de la hemorragia digestiva de origen no identificado después de colonoscopia y endoscopia alta.
- **Cardiología.**
- **Cirugía cardiovascular.**
- **Cirugía del aparato locomotor.** Traumatología y ortopedia.
- **Cirugía general y del aparato digestivo.** Incluye la cirugía bariátrica para pacientes en quienes haya fracasado el tratamiento conservador supervisado, con un índice de masa corporal igual o superior a 40 kg/m², o a 35 si se asocian comorbilidades mayores.
- **Cirugía maxilo-facial.** Quedan excluidos los tratamientos estéticos. Asimismo queda excluida la cirugía ortognática, la cirugía preimplantacional y la cirugía preprotésica aunque las mismas tengan finalidad funcional.
- **Cirugía Pediátrica.**
- **Cirugía plástica reparadora.** Queda incluida la reconstrucción de la mama afectada tras mastectomía, y la prótesis mamaria y expansores de piel requeridos en esta intervención quirúrgica, así como la cirugía de la mama contralateral con el fin de restituir la imagen corporal de la paciente. Sustitución de la prótesis mamaria que requiere su recambio por motivos médicos justificados (rotura, exposición, infección, etc), **siempre que los recambios de la prótesis no sean por motivos estéticos.**
- **Cirugía torácica.**
- **Dermatología médico quirúrgica.**
- **Endocrinología y nutrición.**
- **Geriatría.**
- **Hematología y hemoterapia.**
- **Inmunología.**
- **Medicina interna.**

- **Medicina nuclear.**
- **Nefrología.**
- **Neonatología.**
- **Neumología.**
- **Neurocirugía.**
- **Neurofisiología clínica.**
- **Neurología.** Se incluye el estudio de los trastornos del sueño pruebas neurológicas en centros concertados.
- **Obstetricia y ginecología.** Incluye la vigilancia del embarazo por médico tocólogo y asistencia por éste a los partos. Revisiones ginecológicas necesarias. Se realizarán ecografías y tomas de muestras para citologías en la propia consulta del ginecólogo.
- **Odonto-estomatología.** Consultas, curas estomatológicas, extracciones y una limpieza de boca anual por Asegurado.
- **Odontopediatría.** Prestación dental gratuita de prevención y tratamiento básico en dentición definitiva para todos los menores de 14 años inclusive. Con independencia de los servicios antes citados cubiertos en la póliza, se garantiza a todos los Asegurados el suplemento odontológico, a través de Cuadro Médico específico Dental, sin ningún coste en concepto de prima para los Asegurados y con las franquicias que se especifican en el Anexo de Cobertura Dental.
- **Oftalmología.** Incluye los siguientes medios de diagnóstico: potenciales evocados, angiofluoresceingrafía, campimetría, ecografía oftalmológica, gonioscopia, retinografía, estrabología, y tomografía por coherencia óptica (O.C.T), ortóptica, tratamiento de la degeneración macular asociada a la edad por terapia fotodinámica o mediante inyección intravítrea de fármacos incluido el coste del fármaco utilizado en este tratamiento.
- **Oncología médica.**
- **Oncología radioterápica.** Incluyendo la braquiterapia intersticial braquiterapia endocavitaria, y la braquiterapia de alta tasa, la radioterapia superficial continua, la radioterapia intraoperatoria, la radioterapia con acelerador lineal, la radioterapia dinámica conformada, la radioterapia de intensidad modulada y la radiocirugía estereotáxica tanto corporal como cerebral. La Aseguradora se hará cargo de los medicamentos coadyuvantes y de los medicamentos para contrarrestar los efectos secundarios del tratamiento y otros que el paciente pudiese necesitar tanto de forma hospitalaria como ambulatoria (hospital de día).
- **Otorrinolaringología.** Incluye la radiofrecuencia y la cirugía mediante Láser CO₂.
- **Pediatría.**
- **Proctología**

- **Psicología Clínica:** Hasta 4 sesiones de Psicoterapia por Asegurado/mes, **con un máximo de veinte sesiones por año o cuarenta sesiones en caso de trastornos alimentarios.** Requerirá la prescripción de un especialista en psiquiatría concertado y autorización previa de la Aseguradora. En el supuesto de necesitar un número superior de sesiones, los Asegurados podrán acceder a sesiones de psicoterapia abonando previamente una franquicia. El importe de las franquicias podrá ser objeto de actualización por la Aseguradora cada nuevo año natural, previa aceptación por el Tomador de las nuevas tarifas de franquicia. **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.**

- **Radiología.** Incluye radiología vascular intervencionista, embolizaciones, arteriografías, etc., así como los coils, contrastes y material necesario para la realización de dichas pruebas.

- **Rehabilitación y fisioterapia, previa prescripción de un facultativo del Cuadro Médico de la Aseguradora.** Previa prescripción de un médico de la Aseguradora, tanto en régimen ambulatorio, como en caso de ingreso, sin límite de sesiones, hasta la máxima recuperación funcional. Se incluye la magnetoterapia como técnica de rehabilitación y masaje linfático manual en el caso de procesos oncológicos que hayan requerido linfadenectomía.

Incluye la rehabilitación y fisioterapia del aparato locomotor, la rehabilitación del suelo pélvico (**exclusivamente para disfunciones producidas como consecuencia del embarazo y parto, cubiertos previamente por el Seguro**) y la rehabilitación 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**). Se facilitará el tratamiento en el domicilio del paciente siempre y cuando exista, bajo prescripción de un médico de la Aseguradora.

Quedan excluidos los tratamientos de fisioterapia y rehabilitación cuando haya conseguido la recuperación funcional, o el máximo posible de ésta, o cuando se convierta en terapia de mantenimiento, así como la rehabilitación neuropsicológica o estimulación cognitiva.

- **Reumatología.** Se incluyen las infiltraciones.

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

- **Traumatología y cirugía ortopédica.** Cirugía artroscópica. Incluido el tratamiento por ondas de choque en patología osteomuscular y tendinosa, y la terapia con factores de crecimiento en Traumatología.

- **Urología.** Incluido el estudio, diagnóstico y tratamiento (inclusive la cirugía) de la impotencia. Se incluyen los lavados vesicales con medicación, siempre que la medicación no sea de uso compasivo. Incluye el uso del láser para el tratamiento quirúrgico de la hiperplasia benigna de próstata.
- **SIDA.** Incluye la asistencia sanitaria derivada de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (V.I.H.), el SIDA y las enfermedades relacionadas con éste.

4.4. MEDICINA PREVENTIVA

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

- **Pediatría:** incluye controles preventivos y de desarrollo infantil.
- **Obstetricia y Ginecología:** revisión ginecológica en cada anualidad de seguro, para la prevención del cáncer de mama, endometrio y cérvix.
- **Cardiología:** incluye la prevención del riesgo coronario en personas mayores de 40 años.
- **Urología:** revisión urológica en cada anualidad de seguro para la prevención del cáncer de próstata.
- **Planificación familiar:** Control del tratamiento con anovulatorios, colocación de D.I.U. y su vigilancia, siendo por cuenta de la Aseguradora el coste del dispositivo. Ligadura de trompas y vasectomía. Queda incluida la interrupción voluntaria del embarazo en los supuestos recogidos en la legislación vigente, así como las pruebas diagnósticas relacionadas con dicha interrupción. **Quedan excluidas las reducciones embrionarias.**

4.5. MEDIOS DE DIAGNÓSTICO

- **Análisis Clínicos, anatomopatológicos y biológicos:** Se incluyen todo tipo de estudios clínicos con fines diagnósticos.
- **Radiología general:** Incluye las técnicas habituales de diagnóstico por la imagen: radioscopia, radiografías, tomografías, ortodiagramas y en general, toda clase de exploraciones radiológicas o radiográficas con fines diagnósticos, incluyéndose las exploraciones especiales para la práctica de las técnicas quirúrgicas especializadas tales como ventriculografías, angiografías, arteriografías. Tomografía por emisión de positrones (PET), PET/TAC, TAC (Scanner), resonancia nuclear magnética (RNM), resonancia funcional cerebral, resonancia cardiaca. Eco Doppler. Mamografías. Ecografía de mama. Radiología intervencionista. Incluye los medios de contraste para pruebas diagnósticas e isótopos radioactivos, tanto en régimen de internamiento como ambulatorio.

- **Medios de diagnóstico de alta tecnología:** Arteriografía digital, ergometría, hemodinámica vascular, holter, medicina nuclear, amniocentesis y cariotipos, densitometría ósea, polisomnografía.

- **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 y las plataformas genómicas de cáncer de mama Oncotype y Mammaprint. Incluye también los test de DNA fetal en sangre materna cuando estén médicamente indicados para el cribado prenatal. Estarán cubiertas las pruebas genéticas para la determinación de patologías hereditarias, debiendo ser prescritas por un facultativo de la entidad que justifique su necesidad. Quedan, además, cubiertas las pruebas de secuenciación genómica masiva e hibridación genómica comparativa en los casos de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. **Quedan expresamente excluidos de la cobertura del Seguro, cualquier medio de diagnóstico y/o tratamiento mediante terapia génica, los estudios de farmacogenética, la determinación del mapa genético con fines predictivos o preventivos y cualquier otra técnica genética o de biología molecular.**

- **Pruebas Aparato Digestivo:** Se realizarán bajo el criterio del facultativo que lo prescriba: Test de Helicobacter Pylori, biopsia hepática por punción, endoscopias (se realizarán con sedación o anestesia bajo el criterio del médico prescriptor), colangiopancreatografía retrógrada (CPR), manometrías, pHmetrías, colangioresonancia y colonografía mediante TAC.

- **Exploraciones cardiovasculares:** Electrocardiogramas, ecocardiogramas, prueba de esfuerzo, doppler cardiaco, holter de TA y ECG. Cateterismo cardiaco diagnóstico y terapéutico. Estudio electrofisiológico cardiaco. Doppler vascular, arteriografía digital/coronariografía por TAC.

- **Otros medios de diagnóstico:** doppler cardíaco, ecografía, electrocardiografía, encefalogramas, electroencefalogramas, potenciales evocados, electromiografías, espirometría y fibroendoscopia. Exploraciones endoscópicas, y pruebas especiales de riñón e hígado. Fibrobroncoscopia, mediastinoscopia y pleuroscopia. Gammagrafía. Histerosalpingografía. Inmunohistoquímica. Otoemisiones. Audiometrías. Electrogustometría. Estudio del vértigo. Pruebas de alergia y funcionales. Pruebas diagnósticas necesarias para obtener el diagnóstico de la esterilidad o infertilidad.

Todos los medios de diagnóstico se podrán realizar con cualquiera de los facultativos concertados para cada uno de los diferentes medios de diagnóstico, sin limitar a ningún especialista dicho procedimiento.

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

4.6. HOSPITALIZACIÓN

Se realizará en centros concertados por la Aseguradora, sin límite de estancia y coste, con excepción de la hospitalización psiquiátrica, incluyendo, en todo caso, los honorarios de los facultativos de la Aseguradora, los gastos de estancia y manutención del enfermo, curas y su material, medicación y tratamientos necesarios que se presten.

- **Hospitalización obstétrica (partos).** En habitación individual con cama para un acompañante. Se incluye el quirófano o sala de partos, anestesia (incluida la anestesia epidural), incubadora y cualquier otro gasto del proceso, tanto de la parturienta como del/os recién nacido/s.

- **Hospitalización quirúrgica.** En habitación individual con cama para un acompañante. Se incluye el quirófano, anestesia, la prescripción y colocación de todo tipo de prótesis quirúrgicas fijas, y los injertos óseos, entendiéndose como tales aquellos productos sanitarios que precisen de una implantación interna en el paciente tanto internas como externas (**a excepción de las dentarias y los implantes osteointegrados para prótesis dentarias**), las lentes intraoculares, los materiales utilizados para técnicas de osteosíntesis, los productos implantables destinados a ejercer un efecto biológico o a ser absorbidos en todo o en parte, elaborados a base de sal sódica del ácido hialurónico (solo en régimen de hospitalización de día y convencional), así como cualquier otro gasto sanatorial derivado del proceso o necesario para la intervención. Queda incluida la hospitalización de día.

- **Hospitalización médica sin intervención quirúrgica.** Se realizará igualmente en habitación individual con cama para un acompañante, incluyendo todos los gastos del proceso. Queda incluida la hospitalización de día.

- **Hospitalización en Unidad de Vigilancia Intensiva (U.V.I.).** Por su naturaleza no se incluye cama de acompañante.

- **Hospitalización psiquiátrica.** Exclusivamente para los enfermos previamente diagnosticados por un especialista de la Aseguradora en procesos agudos o crónicos en periodo de agitación, en régimen de internamiento o en hospitalización de día, incluyendo todos los gastos del proceso y sin límites de días. Por su naturaleza no se incluye cama de acompañante.

Se incluye la hospitalización psiquiátrica como consecuencia de trastornos de la alimentación, alcoholismo crónico, drogadicción, intoxicaciones debidas al abuso del alcohol, de psicofármacos, estupefacientes o alucinógenos, de suicidio y autolesiones.

- **Hospitalización Domiciliaria.** Tendrá lugar en el domicilio del asegurado y será prescrita por un médico de la Entidad. La asistencia será prestada por especialista y/o enfermero. En caso de necesitar rehabilitación, o pruebas de análisis, se realizarán en el domicilio del paciente.

- **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. Medicación oral solo en régimen de hospitalización de día; no domiciliaria.

4.7. IMPLANTES Y PRÓTESIS QUIRÚRGICAS

Serán suministrados siempre por las empresas designadas por la Aseguradora para aquellos casos en los que se cumplan los criterios de cobertura (la Aseguradora procederá a la emisión de una autorización especial, para que el asegurado no tenga que abonar ningún importe en relación con el implantes o prótesis objeto de cobertura). 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 y desfibriladores internos (DAI), válvulas cardíacas mecánicas, biológicas xenólogas y anillos para valvuloplastia, stent coronario (medicalizado o no medicalizado), prótesis de bypass vascular y las endoprótesis (stent) vasculares.

- **Aparato Digestivo:** Endoprótesis digestivas.

- **Osteoarticulares:** Prótesis internas traumatológicas, y fijaciones externas, el material de osteosíntesis y el material osteo-tendinoso biológico obtenido de bancos de tejidos nacionales. Injertos óseos.

- **Mama:** Queda incluida la reconstrucción de la mama afectada tras mastectomía, y la prótesis mamaria y expansores de piel requeridos, incluyendo mallas biológicas de recubrimiento mamario, en esta intervención quirúrgica, así como la cirugía de la mama contralateral con el fin de restituir la imagen corporal de la paciente. Sustitución de la prótesis mamaria que requiere su ecambio por motivos médicos justificados (rotura, exposición, infección, etc), **siempre que los recambios de la prótesis no sean por motivos estéticos.**

- **Oftalmológicos:** Lentes intraoculares monofocales (**no se incluyen las de rango extendido**), bifocales, multifocales y tóricas monofocales y tóricas bifocales, en el tratamiento de cataratas. Adicionalmente, se ha fijado la cantidad máxima de 750 € que abonará la Aseguradora al Asegurado, por la utilización de cualquier otro tipo de lente distinta de las anteriormente indicadas, en el tratamiento de cataratas.

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

- **Implantes reparadores:** Mallas sintéticas para reconstrucción de pared abdominal o torácica.

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

4.8. TRATAMIENTOS ESPECIALES

- **Terapias respiratorias a domicilio.** Incluye oxigenoterapia (líquida, con concentrador o gaseosa), ambulatorio o a domicilio, incluyendo el uso de botella, mochila, concentrador, CPAP y BIPAP. 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). Aerosolterapia-ventiloterapia en régimen hospitalario, ambulatorio o a domicilio, y los aerosoles en cualquier proceso donde fuera necesario.

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

- **Logopedia y foniatría.** Tratamiento de patologías del lenguaje, del habla y de la voz, tanto las orgánicas (incluye la rehabilitación en intervenciones mayores de laringe) como las funcionales hasta un **máximo de 30 sesiones por Asegurado y año**, prescritas por neurólogo, pediatra u ORL. Siempre debe ser prestado por un logopeda titulado. **Queda excluido el tratamiento de los trastornos del aprendizaje (dislexia, disgrafía y discalculia).**

- **Laparoscopia:** Como técnica, tanto de diagnóstico como intervencionista, en obstetricia y ginecología, cirugía general y de aparato digestivo y urología. Se incluyen dentro de la cobertura todos los kits necesarios para la intervención.

- **Laserterapia.** Incluye fotocoagulación en oftalmología, la cirugía en coloproctología, las intervenciones quirúrgicas en ginecología, otorrinolaringología y dermatología, así como el láser en rehabilitación músculo-esquelética, en la litotricia de la vía urinaria, el láser verde para el tratamiento de la hipertrofia benigna de próstata y otras patologías urológicas, en el tratamiento endoluminal de las varices y lesiones traqueobronquiales. **Quedan expresamente excluidas todas aquellas técnicas quirúrgicas o terapéuticas que empleen láser y no se encuentren en el detalle anterior así como aquellas que sean única y exclusivamente con fines estéticos.**

- **Nucleotomía percutánea.**

- **Hemodiálisis para insuficiencias renales agudas o crónicas y riñón artificial.** Hemodiálisis y diálisis peritoneal en enfermos con insuficiencias renales, incluidos los casos crónicos y agudos.

- **Quimioterapia.** Están cubiertos todos los productos farmacéuticos que se administren al paciente mientras esté hospitalizado y los requeridos para tratamiento de quimioterapia y oncología radioterápica, tanto en régimen de hospitalización como ambulantés, prescritos por un facultativo de la aseguradora. La Compañía solo asumirá los gastos de medicamentos citostáticos que se expendan en el mercado nacional y estén autorizados por el Ministerio de Sanidad. La Aseguradora se hará cargo de los medicamentos coadyuvantes al tratamiento quimioterápico, tales como estimuladores de médula ósea, y de los medicamentos para contrarrestar los efectos secundarios del tratamiento quimioterápico y otros que el paciente pudiese necesitar tanto de forma hospitalaria como ambulatoria (hospital de día).

- **Electrorradioterapia:** radioterapia superficial y profunda, onda corta, rayos infrarrojos, rayos ultravioletas y corrientes eléctricas.

- **Litotricia Renal.**

- **Cobertura Da Vinci.** Queda cubierto Da Vinci para las indicaciones de urología, en aquellas provincias en las que SCA dispongan de dispositivo asistencial concertado para ofrecer esta prestación, la cobertura se dará siempre previa prescripción de médicos del cuadro médico y **exclusivamente en los centros concertados por SCA.**

- **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.
- **Diagnóstico y tratamiento de la esterilidad o infertilidad:** La Aseguradora viene obligada a asumir los gastos necesarios para obtener el diagnóstico de la esterilidad y el tratamiento de sus causas.

4.9. MEDICINAS ALTERNATIVAS

- **Osteopatía.** Las sesiones se prestarán por un profesional acreditado del Cuadro Médico asociado al producto acreditado bajo prescripción médica. **Se limita su cobertura a un total de 12 sesiones anuales por asegurado y año.**
- **Acupuntura.** Se prestará por un profesional acreditado de Cuadro Médico asociado al producto. **Se limita su cobertura a un total de 12 sesiones anuales por asegurado y año.**
- **Homeopatía.** Se prestará por un profesional acreditado de Cuadro Médico asociado al producto. **Se limita su cobertura a un total de 12 sesiones anuales por asegurado y año.**

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

Quedan incluidos los trasplantes de todo tipo, así como los injertos óseos. La obtención y trasplante de órganos se realizará conforme a lo establecido en la legislación sanitaria vigente, correspondiendo a la Aseguradora asumir todos los gastos de obtención y trasplante del órgano o tejido.

- **Córnea trasplantada:** Se encuentran incluidos todos los gastos de la obtención de la córnea, así como el coste de ésta.

4.11. PLANES DE PREVENCIÓN

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

- **Plan de prevención del cáncer de mama, endometrio y cérvix.**
- **Plan de prevención en cardiología:** Incluye la prevención del riesgo coronario en personas mayores de 40 años.
- **Plan de prevención del cáncer de colon.**
- **Plan de prevención del cáncer de próstata en varones de más de 45 años.**
- **Programa de atención al paciente diabético** (incluida la dispensación por parte de la compañía, del glucómetro y las correspondientes tiras reactivas).
- **Pediatría:** Incluye controles preventivos y de desarrollo infantil.
- **Campañas de deshabituación por tabaquismo, limitado a un tratamiento por Asegurado.**

4.12. OTROS SERVICIOS

- **Ambulancias.** Para el traslado urbano e interurbano de los enfermos cuyo estado físico lo requiera. El seguro cubre el desplazamiento del asegurado desde su domicilio al sanatorio o viceversa para ingreso hospitalario o asistencia de urgencia, y los traslados para tratamientos de rehabilitación, oncología, quimioterapia, radioterapia y diálisis, cuando por sus condiciones físicas lo requiera el paciente, siendo necesaria, la prescripción de un médico de la Aseguradora, que no será necesaria en casos de urgencia.

- **Matronas,** en la asistencia hospitalaria al parto.
- **Preparación al Parto.**
- **Podología.** Sin límite de sesiones.

4.13. ACCIDENTES DE TRÁFICO

El Asegurado tiene derecho a la asistencia sanitaria derivada de los accidentes de tráfico, si bien en estos casos tendrá que poner el accidente en conocimiento de la Aseguradora para que pueda ejercer, cuando corresponda, los derechos de subrogación ante la Compañía de Seguros de Accidentes de Tráfico.

4.14. ACTIVIDADES DEPORTIVAS

Queda incluida la asistencia sanitaria que se precise como consecuencia de lesiones producidas por la práctica deportiva como aficionado.

4.15. OTROS SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

- **Suplemento Odontológico.** Con independencia de los servicios asistenciales cubiertos en la Póliza (según detalle en la Cláusula General 4.3 Odonto-estomatología), la Aseguradora garantiza a todos los Asegurados incluidos en la misma, un "Suplemento Odontológico", sin incremento o recargo adicional en la prima pactada y según las coberturas descritas en el anexo de cobertura dental que se incorpora a este Contrato formando parte integrante e inseparable del mismo. En dicho Anexo se especifica asimismo, el importe correspondiente a la Franquicia de cada prestación o servicio cubierto para el año natural, que será abonada por el asegurado al Centro Odontológico que realice la prestación y que, en todo caso, deberá ser cualquiera de los que figuren relacionados en el Catálogo de Servicios Dentales de la Aseguradora. **El importe de las franquicias podrá ser objeto de actualización por la Aseguradora cada nuevo año natural, previa aceptación por el Tomador de las nuevas tarifas de franquicia.**

- **Cirugía Refractiva de la miopía, presbicia, hipermetropía y astigmatismo.** Si bien no se trata de un servicio garantizado por la póliza de asistencia sanitaria y, por tanto, resulta ajena a la Aseguradora su prestación, la Aseguradora, a fin de ofrecer a sus Asegurados el acceso en las mejores condiciones de mercado a las últimas tecnologías sanitarias, ha alcanzado acuerdos con diversos facultativos especialistas en oftalmología y centros oftalmológicos que permitirán al asegurado beneficiarse de unas ventajosas condiciones económicas en la realización de intervenciones quirúrgicas mediante tecnología de láser excimer para la corrección de la miopía, presbicia, hipermetropía y astigmatismo.

Por ello, cualquier Asegurado incluido en esta póliza de seguro de asistencia sanitaria general colectiva podrá acudir a dichos profesionales y centros en los cuales, tras la oportuna valoración médica de su patología, sin coste alguno para el Asegurado, le informarán de la posibilidad y conveniencia de someterse a dicha intervención y, caso de ser realizada la misma, se realizará en los Centros que ofertan este servicio para los asegurados de la Aseguradora, debiéndose de abonar la cantidad que resulte, en función de la concreta prestación realizada.

- Cirugía refractiva de la miopía, hipermetropía y astigmatismo 800 € por ojo
- Cirugía de la presbicia 1.200 € ojo (Clínica Baviera)

Las prestaciones realizadas correspondientes a estos servicios serán a cargo de quienes las reciban no pudiendo imputarse, en ningún caso, responsabilidad al Banco de España derivada de su impago. El importe de las franquicias podrá ser objeto de actualización por la Aseguradora cada nuevo año natural, previa aceptación por el Tomador de las nuevas tarifas de franquicia.

- **Reproducción Asistida:** Los servicios de reproducción asistida se prestarán mediante dos modalidades:

A TRAVÉS DEL CUADRO MÉDICO:

- Bajo esta modalidad, se incluye el diagnóstico y tratamiento de la infertilidad. Se incluyen todas las técnicas de diagnóstico y tratamiento de la infertilidad con arreglo a la legislación vigente, y que cumplan los criterios de cobertura que a continuación se exponen.

- No se financiará ningún tratamiento de reproducción humana asistida que no cumpla con los requisitos establecidos en la Ley vigente 14/2006, de 26 de mayo de Reproducción Asistida Humana. En los tratamientos de reproducción asistida, el carácter de la donación de gametos y preembriones deberá respetar las consideraciones establecidas en la citada Ley 14/2006, de 26 de mayo de Reproducción Asistida Humana.

Será por cuenta de la Aseguradora la criopreservación de gametos durante el plazo que marca la legislación vigente, para aquellos asegurados que vayan a someterse a tratamientos quirúrgicos y/o de radioterapia o quimioterapia, así como la criopreservación de embriones congelados sobrantes, procedentes de un ciclo de fertilización in vitro.

No se considerarán incluidas entre las prestaciones financiadas las técnicas de reproducción asistida cuando la esterilidad no se deba a la existencia de un proceso patológico, sino que:

a) Se haya producido voluntariamente.

b) Sobrevenga como consecuencia del proceso fisiológico natural propio de la finalización del ciclo reproductivo de la persona.

- Cuando existan embriones congelados sobrantes, procedentes de ciclos FIV autorizados, la transferencia de embriones forma parte del mismo ciclo FIV en que se obtuvieron los embriones.

- Si la paciente aborta, y concluye el número máximo de ciclos establecidos, se considera adecuado repetir por una sola vez un nuevo ciclo, con independencia del número de ciclos realizados con la técnica por la que se produjo la gestación.

- Los gastos derivados de las actuaciones que, en su caso, puedan realizarse sobre los donantes, formarán parte del coste de la técnica utilizada y no podrán repercutirse sobre las pacientes que vayan a ser sometidas a técnicas de reproducción asistida en las que se precise la donación de gametos.

- En cuanto a la financiación, los límites máximos que se establecen por asegurada para la aplicación de las diferentes técnicas, son las siguientes:

LÍMITES	TÉCNICAS			
	INDUCCIÓN OVULACIÓN	INSEMINACIÓN ARTIFICIAL	F.I.V*	F.I.V. DONACIÓN OVOCITOS
Nº de ciclos máximos	4	6	4	3
Edad máxima de la mujer	Límite 42 años			Límite 45 años
* Incluidas las técnicas complementarias.				

A TRAVÉS DEL ABONO DE FRANQUICIAS:

En los supuestos en que la reproducción asistida no está cubierta por la póliza del cuadro médico, los Asegurados podrán acudir a los centros o especialistas en reproducción asistida concertados por la Aseguradora, abonando las franquicias.

Las prestaciones realizadas correspondientes a servicios franquiciados serán a cargo de quienes las reciban no pudiendo imputarse, en ningún caso, responsabilidad al Banco de España derivada de su impago. El importe de las franquicias podrá ser objeto de actualización por la Aseguradora cada nuevo año natural, previa aceptación por el Tomador de las nuevas tarifas de franquicia.

- Crio-preservación de células madre de la sangre y del tejido del cordón umbilical. Servicio franquiciado. La crio-preservación de células madre de la sangre y del tejido del cordón umbilical, se prestará por los proveedores con los que la Aseguradora tenga alcanzado acuerdos de servicio y en las condiciones acordadas con cada una de ellas.

- Segunda Opinión Médica. El servicio de Segunda Opinión Médica permite al asegurado, ante cualquier diagnóstico relativo a una enfermedad grave, obtener un informe de evaluación del caso por parte de expertos del máximo prestigio internacional, y ello sin necesidad de desplazamiento y en un plazo breve de tiempo.

El objetivo del servicio es ofrecer al asegurado la tranquilidad y la seguridad de contrastar su caso con expertos de reconocido prestigio.

La empresa de servicios CMV/Medvantis, perteneciente al grupo europeo Medvantis Medical Services, es la encargada de gestionar el servicio de Segunda Opinión Médica. Para ello, CMV cuenta con los expertos y especialistas más destacados y reconocidos mundialmente en las distintas áreas de la medicina.

CMV le ofrece además servicios de selección de expertos médicos y centros hospitalarios a nivel mundial así como asesoramiento en caso de traslado nacional o internacional, pudiendo elegir el asegurado uno de los centros que le oferte CMV.

Para acceder a este servicio el usuario sólo tendrá que llamar al 900 505 040 o al 919 191 898 e identificarse con su número de tarjeta y solicitar el Servicio de Segunda Opinión Médica.

- El Asegurado dará su consentimiento al equipo médico para la tramitación del servicio.
 - El equipo médico iniciará los trámites para recabar información necesaria sobre el caso.
 - Un Comité Clínico iniciará el proceso de selección de los especialistas expertos en la patología objeto de consulta, en cualquier parte del mundo.
 - El equipo médico elaborará y revisará el informe de Segunda Opinión Médica.
 - Finalmente, el equipo médico enviará el informe al solicitante y gestionará las dudas y aclaraciones pertinentes.
- **Asistencia en viajes.** Queda incorporada como cobertura a este Contrato la asistencia en viaje, en los términos que se especifican en la Póliza de seguro de Asistencia en Viaje, teniendo como **límite de capital 18.000 €**.

5) Exclusiones comunes de la cobertura de Asistencia Sanitaria

No existen exclusiones de cobertura en ninguna de las garantías de la póliza como consecuencia de enfermedades preexistentes o congénitas ni por accidentes ocurridos con anterioridad a la entrada en vigor de la póliza.

Además de las exclusiones específicas establecidas anteriormente para alguna de las especialidades, prestaciones y servicios cubiertos, serán de aplicación a toda la cobertura de asistencia sanitaria, las siguientes exclusiones:

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

B) La asistencia sanitaria que esté cubierta por el seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. La Aseguradora asume la asistencia que haya que prestar al asegurado en situación de urgencia y mientras esta dure.

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

D) La asistencia y tratamiento hospitalario por razones de tipo social.

E) Técnicas diagnósticas y/o terapéuticas cuyo uso no sea habitual en el sistema nacional de salud, sin perjuicio de que puedan ser examinados por la comisión mixta casos concretos, para su decisión.

F) Las estancias, asistencias y tratamientos en centros no hospitalarios tales como hoteles, balnearios, asilos, residencias, centros de reposo, de diagnóstico y similares, aunque sean prescritos por facultativos, así como los ingresos en centros dedicados a actividades relacionadas con el ocio, el descanso y los tratamientos dietéticos.

G) Las enfermedades o lesiones derivadas de la práctica profesional de cualquier deporte, de la participación en apuestas y competiciones y de la práctica, como profesional de actividades de alto riesgo. H) Cirugía de cambio de sexo.

I) Reconocimientos médicos generales de carácter preventivo, salvo lo previsto en las cláusulas 4.4. y 4.11. de estas Condiciones Generales con las respectivas limitaciones establecidas.

J) No quedan cubiertas aquellas pruebas genéticas que se encuentren en fase de investigación o cuya utilidad diagnóstica, relevancia clínica o evidencia científica no esté demostrada.

K) Los implantes y prótesis, excepto las recogidas en la cláusula 4.7. de estas Condiciones Generales con las respectivas limitaciones establecidas.

L) Medicinas alternativas, excepto las citadas en la cláusula 4.9. de estas Condiciones Generales con las respectivas limitaciones establecidas.

M) 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 ambulatoria.

6) Límites generales

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

6.1. ÁMBITO GEOGRÁFICO MODALIDAD I.

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

6.2. ÁMBITO GEOGRÁFICO MODALIDAD II.

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

6.3. COMUNICACIÓN DE SINIESTROS.

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

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

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

6.4. LÍMITES CUANTITATIVOS.

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

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

A) SUMA ASEGURADA ANUAL. La suma asegurada vendrá establecida en las Condiciones Especiales. Computará a los efectos de suma asegurada el total de las cantidades reembolsadas por gastos sanitarios producidos durante el periodo comprendido entre la fecha de efecto y de vencimiento indicado en Condiciones Particulares. Alcanzado el límite de la suma asegurada se entenderán finalizadas las obligaciones de la Aseguradora en la Modalidad I (Reembolso), hasta una nueva anualidad de seguro en el caso de su renovación.

En caso de que se produzcan altas de asegurados con posterioridad al inicio de la anualidad del seguro en curso, la suma asegurada será proporcional a la fracción de año contratada. También se aplicará la proporcionalidad si se produce la baja de algún asegurado antes del vencimiento del periodo del seguro en curso.

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

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

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

6.5. MEDIOS SANITARIOS AJENOS A LA ASEGURADORA.

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

6.6. UTILIZACIÓN COMBINADA DE AMBAS MODALIDADES.

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

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

Para la cobertura de cirugía robótica no resultará posible la utilización combinada de ambas modalidades.

7) Seguro de los recién nacidos

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

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

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