

**Plus Prestación Económica por
Incapacidad Temporal**

CONDICIONES GENERALES

Seguro de enfermedad.
Póliza de asistencia sanitaria.

Adeslas

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.

Cláusulas jurídicas (condiciones generales)

1. Cláusula preliminar.	3
2. Objeto del seguro.	3
3. Pago de primas.	4
4. Otras obligaciones, deberes y facultades del Tomador del Seguro y/o del Asegurado.	5
5. Otras obligaciones de la Aseguradora.	6
6. Duración del seguro.	6
7. Pérdida de derechos, resolución del contrato.	7
8. Estado y autoridad de control de la Aseguradora.	8
9. Instancias de reclamación.	8
10. Comunicaciones y jurisdicción.	9
11. Prescripción.	9
12. Actualización anual de condiciones económicas de la póliza.	9

Cláusulas descriptivas de la cobertura de asistencia sanitaria (condiciones generales)

1. Definiciones.	11
2. Alcance de la prestación.	12
3. Exclusiones.	14
4. Actuaciones y requisitos para la prestación. Forma de prestar la misma.	15
5. Baremo de indemnización.	17
- Baremo de indemnización por días de incapacidad temporal.	17
- Procesos sin indemnización.	31

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 lo convenido en las condiciones generales, particulares y, en su caso, especiales del propio contrato, sin que tengan validez las cláusulas limitativas de los derechos de los Asegurados que no sean específicamente aceptadas por el Tomador, como pacto adicional a las condiciones particulares. No requerirán dicha aceptación las meras transcripciones o referencias a preceptos legales o reglamentarios imperativos.

2. Objeto del Seguro

La Aseguradora dentro de los límites y transcurrido el período de carencia establecido en la póliza, y como contraprestación de la prima percibida, indemnizará al primer Asegurado incluido en la relación que figura en las Condiciones Particulares (en adelante y a los efectos de este producto, el Asegurado), en caso de Incapacidad Temporal causada o derivada de las enfermedades o lesiones por accidente que figuran relacionadas en el baremo de indemnizaciones detallado en la cláusula 5ª (Cláusulas Descriptivas de Cobertura), con una cantidad bruta alzada equivalente al producto de multiplicar el capital diario contratado, y que figura en Condiciones Particulares, por el número de días que figura estipulado como de Incapacidad Temporal en el baremo de indemnización para la enfermedad o lesión que aquel presente.

La obligación asumida por la Aseguradora en virtud del presente módulo se limitará a lo indicado en el precedente párrafo, no indemnizándose ni reembolsándose ninguna factura o gasto sanitario en el que incurra el primer Asegurado, incluso en los procesos que sí devenguen derecho a prestación económica en base a este contrato.

ESTE MÓDULO QUEDARÁ AUTOMÁTICAMENTE EXTINGUIDO Y SIN EFECTO, AL VENCIMIENTO DE LA ANUALIDAD DEL SEGURO EN LA QUE EL PRIMER ASEGURADO INCLUIDO EN LA RELACIÓN QUE FIGURA EN CONDICIONES PARTICULARES CUMPLA LA EDAD DE 65 AÑOS, SIN QUE SEA PRECISO NOTIFICACIÓN O REQUERIMIENTO AL EFECTO POR PARTE DE LA ASEGURADORA AL TOMADOR Y/O AL PRIMER ASEGURADO.

3. Pago de Primas

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

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

3.3. En caso de falta de pago de la segunda o sucesivas primas o fracciones de ésta, la cobertura quedará suspendida un mes después del día del vencimiento del recibo, y si la Aseguradora no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes a dicho vencimiento, se entenderá que el contrato queda extinguido conforme a las condiciones anteriores. La cobertura vuelve a tener efecto transcurridas veinticuatro horas del día en que el Tomador pague la prima.

En cualquier caso, cuando el contrato esté en suspenso, la Aseguradora sólo podrá exigir el pago de la prima del periodo en curso.

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

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

El pago del importe de la prima efectuado por el Tomador del Seguro al corredor no se entenderá realizado a la Aseguradora, salvo que, a cambio, el corredor entregue al Tomador del Seguro el recibo de prima emitido por la Aseguradora.

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

3.7. En caso de extinción anticipada del contrato imputable al Tomador, la parte de prima 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 liberada del pago de la prestación.

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

c) Comunicar a la Aseguradora, tan pronto le sea posible, las altas y bajas de Asegurados que se produzcan durante la vigencia de la Póliza, tomando efecto las altas el día primero del mes siguiente a la fecha de la comunicación efectuada por el Tomador y las bajas el día de vencimiento 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) 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.

e) El Asegurado deberá facilitar a la Aseguradora durante la vigencia del contrato cuanta documentación e información médica le sea requerida a los solos efectos de valorar el coste de las indemnizaciones que solicite. Una vez sea requerida por la Aseguradora, el proceso de otorgamiento de indemnización quedará en suspenso hasta la completa obtención de la información.

4.2. 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

La Aseguradora entregará al Tomador del Seguro la Póliza. En el caso de extravío de la misma, la Aseguradora -a petición del Tomador del Seguro o, en su defecto, del Beneficiario- tendrá la obligación de expedir copia o duplicado de la misma, cuya eficacia será idéntica a la de la original. Tal petición será formulada por escrito, y en ella se relatarán las circunstancias del extravío y se aportarán pruebas de que éste ha sido notificado a quienes, en virtud de la póliza, resulten titulares de algún derecho. Asimismo el solicitante se compromete a devolver la original -si ésta fuera hallada- y a indemnizar a la Aseguradora por los perjuicios que le ocasionara la reclamación de terceros.

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.

La notificación del Tomador deberá realizarse a la Aseguradora. Realizada la comunicación en la forma aquí establecida, el contrato expirará al finalizar el periodo pactado en las Condiciones Particulares o a la finalización del período anual de prórroga en que se encuentre, según el caso.

7. Pérdida de derechos, resolución del contrato

7.1. 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 Tomador del Seguro o Asegurado. 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 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 o del Asegurado, la Aseguradora quedará liberado 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).

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

7.2. 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 rescindir 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.

En el supuesto en que, como consecuencia de una declaración inexacta del año de nacimiento, la prima pagada hubiese sido inferior a la que correspondería haber pagado, el Tomador vendrá obligado a abonar a la Aseguradora la diferencia existente entre las cantidades efectivamente satisfechas a ésta en concepto de prima y las que, de conformidad con las tarifas, le hubiere correspondido pagar según su verdadera edad.

Si la prima pagada hubiese sido superior a la que debería haberse abonado, la Aseguradora estará obligada a reintegrar al Tomador el importe correspondiente al exceso percibido.

8. Estado y autoridad de control de la Aseguradora

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

9. Instancias de reclamación

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

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

Las quejas y reclamaciones podrán ser presentadas ante el Servicio de Atención al Cliente en cualquier oficina abierta al público de la entidad o en la dirección o direcciones de correo electrónico que tenga habilitadas para tal fin. Los datos de contacto de este servicio son: Torre de Cristal, Paseo de la Castellana 259C, 28046 Madrid.

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

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

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

10. Comunicaciones y jurisdicción

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

Las comunicaciones de la Aseguradora al Tomador del Seguro o al Asegurado, se realizarán 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.

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

11. Prescripción

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

12. Actualización anual de las condiciones económicas de la póliza

La Aseguradora, cada nueva anualidad de seguro, podrá actualizar el importe de la prima. Esta actualización de la prima se fundamentará en los cálculos técnico-actuariales necesarios para determinar la incidencia en el esquema financiero-actuarial del seguro, 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.

Con independencia de las antedichas actualizaciones, en cada renovación, la prima anual se establecerá de acuerdo con la edad alcanzada por cada uno de los Asegurados, la profesión del primer Asegurado, así como el grupo de riesgo correspondiente a éste y 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.

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 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.

Se entenderá renovado el contrato con las nuevas condiciones económicas, en el caso de que el Tomador no comunique a la Aseguradora su voluntad de poner término al contrato antes de que haya transcurrido un mes, desde el día en que el tomador haya satisfecho la primera prima de la anualidad siguiente en la que regirán las nuevas condiciones económicas.

1. Definiciones

A los efectos de esta póliza se entenderá por:

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

Asegurado: la persona o personas naturales sobre las cuales se establece el seguro. Para las coberturas recogidas en el módulo de prestación económica por Incapacidad Temporal, únicamente tendrá tal condición la persona que figure como primer Asegurado en la relación que consta en las Condiciones Particulares, sea mayor de edad y no esté incapacitado.

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

Baremo de indemnización: relación de patologías con sus correspondientes días de duración estimada de Incapacidad Temporal. Dicha duración en días servirá para determinar el importe total a satisfacer en concepto de indemnización y que será el resultado de multiplicar los mismos por el capital asegurado diario fijado en condiciones particulares. La relación de patologías viene recogida en estas condiciones generales.

Capital asegurado: importe alzado diario recogido en las condiciones particulares (10, 25 ó 50 euros por día) que constituye la cantidad por la que se multiplicarán los días estimados de baja fijados en el baremo de indemnización, cuyo producto será la indemnización total a satisfacer por la Aseguradora en caso de producirse el evento cuyo riesgo se asegura.

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

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

Incapacidad Temporal: situación previsiblemente transitoria y reversible del Asegurado, ya sea debida a enfermedad o a accidente, que requiera de la asistencia y/o tratamiento médico al mismo y que por prescripción facultativa suponga la interrupción total del desarrollo de la actividad profesional o empresarial declarada.

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

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

Médico o Facultativo: Licenciado, Graduado o Doctor en Medicina, legalmente habilitado para tratar médica o quirúrgicamente la enfermedad o lesión que padezca el Asegurado.

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

Póliza: el documento o documentos que contienen las cláusulas y pactos reguladores del contrato de Seguro. Forman parte integrante e inseparable de la póliza estas Condiciones Generales, las Particulares que identifican el riesgo y las Especiales si las hubiere, así como los Apéndices que recojan, en su caso, las modificaciones acordadas durante la vigencia del contrato.

Prestación: consiste en el pago de la indemnización que proceda.

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.

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

2. Alcance de la prestación

2.1. CONCURRENCIA O SUCESIÓN DE PATOLOGÍAS

Quando el primer Asegurado presente de forma concurrente como causa de la Incapacidad Temporal declarada varias enfermedades o lesiones declaradas simultáneamente, la prestación a satisfacer por la Aseguradora será la correspondiente a aquella que, conforme el baremo de indemnización que consta en la cláusula 5ª (Cláusulas Descriptivas de Cobertura), tenga asignado mayor número de días estimados de Incapacidad Temporal.

Los siniestros sucesivos no devengarán derecho a prestación si no hubiera transcurrido como mínimo un número de días equivalente a los indemnizados, desde el momento del inicio de la patología que originó el pago.

Plus Prestación Económica por Incapacidad Temporal

Cláusulas descriptivas de la cobertura de asistencia sanitaria

Adeslas

Los siniestros sucesivos debidos o relacionados a la misma patología, con idéntico o equivalente diagnóstico, no devengarán derecho a prestación si no ha transcurrido un período de noventa días desde el inicio del proceso que originó el primer pago.

Los siniestros causados por enfermedades o lesiones de carácter irreversible no devengarán derecho a la prestación a partir del momento en el que se determine con carácter objetivo y previsiblemente definitivo su imposibilidad para desarrollar la actividad laboral, profesional o empresarial declarada.

2.2. LÍMITE CUANTITATIVO

La prestación económica máxima a satisfacer por la Aseguradora en una anualidad completa de vigencia de la póliza, será la equivalente al producto resultante de multiplicar el módulo indemnizatorio diario contratado y que figura en las Condiciones Particulares, por el número de días establecido para cada patología en el baremo que figura en la Cláusula 5ª (Cláusulas Descriptivas de Cobertura), con un máximo de 365 días. A estos efectos, se computarán como un mismo siniestro la incapacidad derivada del mismo diagnóstico o causa aunque su ocurrencia se haya producido en diferentes anualidades de póliza.

Las prestaciones devengadas por enfermedades crónicas, si no tuvieran solución quirúrgicamente, darán derecho a prestación económica exclusivamente en sus regulizaciones, cuando éstas sean objetivables con pruebas de diagnóstico, no se considere que el tratamiento iniciado tiene carácter paliativo y obliguen al Asegurado a guardar reposo absoluto en cama.

2.3. PERÍODO DE CARENIA

Para la efectividad de las prestaciones económicas recogidas en el presente módulo, se establece un período de carencia de dos meses desde la fecha de contratación de la póliza, por lo que ningún siniestro acaecido antes de transcurrir dicho plazo dará derecho o devengará prestación económica aunque sus efectos se prolonguen o continúen transcurrido dicho plazo.

No se aplicará ningún periodo de carencia, en los siniestros acaecidos por accidente.

3. Exclusiones

Quedan excluidos de la cobertura del seguro y no serán por tanto objeto de indemnización, todas aquellas enfermedades o lesiones derivadas de las siguientes causas:

A) De daños físicos provocados o 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) Por procesos derivados de alcoholismo crónico, adicción a drogas o psicofármacos de cualquier tipo, y de las lesiones producidas a causa de embriaguez, riñas (salvo en caso de legítima defensa), autolesiones o intentos de suicidio.

C) De las 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.

D) 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.

E) De tratamientos por esterilidad o infertilidad, y del diagnóstico, tratamiento e intervenciones quirúrgicas realizadas voluntariamente, que no sean consecuencia de enfermedad o accidente, o que se realicen con fines puramente estéticos o cosméticos.

F) Por cualquier causa cuando se produzcan estando el asegurado en situación laboral de desempleo, jubilación o sin desarrollar actividad laboral, profesional o empresarial alguna.

G) De los procesos de origen psiquiátrico o psicológico, así como las neurológicas, incluyendo el stress y los procesos que únicamente cursan con dolor, sin que exista una causa demostrable con pruebas de diagnóstico médico.

H) De asistencias u hospitalizaciones por razones no médicas, de tipo social, convalecencia, lúdico, etc., o producidas en instituciones no hospitalarias.

I) Procesos que originen invalidez permanente.

4. Actuaciones y requisitos para la prestación. Forma de prestar la misma

4.1. El Asegurado ha de comunicar a la Aseguradora el acaecimiento del siniestro lo antes posible, y, en todo caso, dentro del plazo máximo de los siete días a que aquel se hubiere producido, debiendo dar a la Aseguradora toda aquella información sobre el siniestro y sus consecuencias que la Aseguradora le requiera. En caso de incumplimiento de este deber por el Asegurado, se perderá el derecho a la indemnización si hubiese concurrido dolo o culpa grave.

No se devengará la prestación en caso que el Asegurado no facilite a la Aseguradora la información médica precisa para el trámite de los siniestros, impida o se niegue a ser reconocido por los profesionales designados por la Aseguradora.

4.2. Notificación del siniestro.

Para la apertura del expediente del siniestro será necesario que el Asegurado aporte a la Aseguradora el impreso de baja emitido por la Seguridad Social u organismo oficial competente y debidamente cumplimentado. Dicho documento deberá incluir los siguientes datos:

- Nombre, dos apellidos del Asegurado, su dirección completa y teléfono.
- Nombre completo y número de colegiado del facultativo que determina la baja laboral.
- Diagnóstico completo del proceso que genera la baja.
- Fecha de inicio del proceso y fecha de inicio de la asistencia médica.
- En su caso, circunstancias y causas que originaron el accidente.
- Pronóstico o estimación de la duración probable de la baja.
- Indicación del impedimento (total o parcial) que genera respecto a la profesión o actividad que declara desarrollar el paciente.
- Fecha de nueva visita o control por parte del Médico responsable de la asistencia.

El importe de la prestación económica se hará efectivo posteriormente al cierre del expediente del siniestro.

4.3. Comprobación de la enfermedad o lesión.

El servicio médico de la Aseguradora comprobará en razón de la documentación aportada la veracidad de la enfermedad o lesión alegada y su correcta descripción, así como el estado de Incapacidad Temporal del Asegurado relacionando la causa que genera la baja con la actividad profesional, laboral o empresarial declarada -conforme a las definiciones de este contrato.

Si entre la Aseguradora y el Asegurado/Tomador no existiera acuerdo respecto a la determinación o diagnóstico de la enfermedad o lesión, ambos se someterán y aceptarán por escrito al dictamen de dos peritos médicos, designados uno por cada parte.

Si una de las partes no hubiera designado el Perito Médico correspondiente, está obligada a hacerlo en los 8 días siguientes a la fecha en que le sea requerida por la parte que ya hubiera designado el suyo. Transcurrido dicho plazo sin que se hubiera procedido a la designación reclamada, se entenderá que esa parte acepta el dictamen -y por tanto se vincula a él- del perito designado por la otra parte.

Si los Peritos Médicos establecieran un dictamen común, lo harán constar en un acta conjunta en la que especificarán las causas del siniestro y el diagnóstico de la enfermedad o lesión, siempre de acuerdo con las definiciones y estipulaciones de este contrato. Si los citados Peritos establecieran dictámenes diferentes, ambas partes designarían, de común acuerdo un tercer perito. Si no existiera acuerdo para tal designación sería el Juez de Primera Instancia adscrito al domicilio del Asegurado el encargado de hacerlo en un acto de jurisdicción voluntaria y según los trámites para la insaculación (designación aleatoria) de peritos previstos en la Ley de Enjuiciamiento Civil. En este caso, el dictamen pericial será emitido en el plazo que señalen las partes o, en su defecto, en el de 30 días a partir de la fecha en que el tercer perito acepte su designación.

El dictamen -unánime o por mayoría- de los Peritos será notificado inmediatamente a las partes y en forma indubitada. Este dictamen será vinculante para ambas, salvo que sea impugnado judicialmente por alguna de ellas (el Asegurado o el Tomador dispondrá de un plazo máximo de 180 días para hacerlo, y la entidad Aseguradora de 30, a partir de la fecha de notificación del dictamen). Transcurridos dichos plazos sin que hubiera sido interpuesta la correspondiente acción, el dictamen pericial devendrá inatacable.

Cada parte satisfará los honorarios del perito médico que hubiera designado. Los honorarios del tercer perito, si éste fuera necesario, y los demás gastos derivados de esa eventual intervención pericial correrán a cargo, a partes iguales, del Asegurado o Tomador y de la Aseguradora. No obstante si esa tercera peritación hubiera sido necesaria debido a que una de las partes hubiera mantenido una valoración manifiestamente infundada, será únicamente ella la que afrontará los gastos generados. Si el dictamen de los peritos no fuera impugnado, la Aseguradora deberá abonar el importe determinado por éstos en el plazo de 5 días.

5. Baremo de indemnización

Para la determinación del importe de la indemnización que, en su caso, corresponda percibir al primer Asegurado para el supuesto de producirse el riesgo objeto de aseguramiento, se tendrán en cuenta la relación de patologías (lesiones y/o enfermedades) que seguidamente se detallan. Cada una de dichas patologías tiene asignada el número de días a computar a efectos del cálculo del importe bruto de indemnización.

Serán objeto de indemnización aquellas lesiones o enfermedades sufridas por el primer Asegurado que figuren expresa y específicamente reflejadas en dicha relación de patologías, así como aquellas otras que, aun no recogidas concretamente, puedan asimilarse a alguna de aquellas.

Baremo de Indemnización por días de Incapacidad Temporal

300.000 BAREMO DE INDEMNIZACIÓN POR DÍAS DE INCAPACIDAD TEMPORAL

301.000 ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS		
301.001	Brucela	35 días
301.002	Fiebre Q	26 días
301.003	Fiebre tifoidea (con complicaciones vinculadas)	76 días
301.004	Fiebre tifoidea (sin complicaciones vinculadas)	38 días
301.005	Tuberculosis extrapulmonar	100 días
301.006	Tuberculosis pulmonar	60 días
301.007	Tétanos-botulismo.	86 días
301.008	Parásitos-toxoplasma	21 días
301.009	Mononucleosis	14 días
301.010	Leptospirosis	30 días
301.011	Enfermedades tropicales con tratamiento hospitalario	40 días
301.012	Exantemáticas	7 días
301.013	Herpes oftálmico	10 días
301.014	Herpes Zóster y/o neuralgia postherpética	15 días
301.015	Micosis orgánicas (no cutáneas)	28 días
301.016	Micosis sistémicas (no cutáneas)	18 días
301.017	Infecciones localizadas (abscesos). Tratamiento quirúrgico. Excepto dermatológicas	7 días
301.018	Difteria	20 días
301.019	Septicemia (sin foco infeccioso conocido)	30 días

Plus Prestación Económica por Incapacidad Temporal

Adeslas

Cláusulas descriptivas de la cobertura de asistencia sanitaria

302.000 NEOPLASIAS		
302.001	Neoplasias: cavidad bucal, tratamiento oncológico y/o cirugía	120 días
302.002	Neoplasias: cervical invasora, tratamiento oncológico y/o cirugía	300 días
302.003	Neoplasias: dérmica (epitelioma)	60 días
302.004	Neoplasias: dérmica (melanoma) con afectación sistémica	240 días
302.005	Neoplasias: esofágica, tratamiento oncológico y/o cirugía	180 días
302.006	Neoplasias: gastrointestinal, tratamiento oncológico y/o cirugía	240 días
302.007	Neoplasias: hepática, tratamiento oncológico y/o cirugía	300 días
302.008	Neoplasias: laríngea, tratamiento oncológico sin cirugía	180 días
302.009	Neoplasias: laríngea, tratamiento oncológico más cirugía	300 días
302.010	Neoplasias: mamaria, tratamiento oncológico y/o cirugía conservadora	120 días
302.011	Neoplasias: mamaria, tratamiento oncológico y/o cirugía radical	180 días
302.012	Neoplasias: ovárica, tratamiento oncológico y/o cirugía.	300 días
302.013	Neoplasias: endometrial, tratamiento oncológico y/o cirugía	120 días
302.014	Neoplasias: pancreática, tratamiento oncológico y/o cirugía	300 días
302.015	Neoplasias: prostática o renal, tratamiento oncológico y/o cirugía	240 días
302.016	Neoplasias: pulmonar, tratamiento oncológico y/o cirugía	300 días
302.017	Neoplasias: renal, tratamiento oncológico y/o cirugía	240 días
302.018	Neoplasias: SNC o periférico, tratamiento oncológico y/o cirugía	300 días
302.019	Neoplasias: testicular, tratamiento oncológico y/o cirugía	180 días
302.020	Neoplasias: vesical, tratamiento oncológico y/o cirugía	180 días
302.021	Leucemias	240 días
302.022	Linfoma Hodking, tratamiento oncológico y/o cirugía	240 días
302.023	Linfoma No-Hodking, tratamiento oncológico y/o cirugía	300 días
302.024	Mieloma, tratamiento oncológico y/o cirugía	240 días
302.025	Tratamiento quirúrgico por calcinoma in situ	15 días
302.026	Otras neoplasias malignas con tratamiento quirúrgico que requiera hospitalización o quimioterapia	75 días
303.000 ENFERMEDADES ENDOCRINAS Y METABÓLICAS		
303.001	Suprarrenal: enfermedad de Addison-Cushing Conn	19 días
303.002	Suprarrenalectomía	38 días
303.003	Prolactinoma quirúrgico	39 días
303.004	Cetoacidosis, coma cetoacidótico o hiperosmolar (complicaciones de Diabetes Mellitus)	21 días

Plus Prestación Económica por Incapacidad Temporal

Cláusulas descriptivas de la cobertura de asistencia sanitaria

Adeslas

303.005	Cirugía de la hipófisis: panhipopituitarismo, tumores, granulomas	47 días
303.006	Cirugía del feocromocitoma	38 días
303.007	Tiroidectomía total o subtotal (AP)	30 días
303.008	Tiroides: enfermedad de Basedow	21 días
303.009	Tiroiditis	16 días
303.010	Paratiroidismo (hiper-hipo)	14 días
304.000	ENFERMEDADES DE LA SANGRE	
304.001	Serie blanca: leucopenia idiopática	14 días
304.002	Serie roja: anemia hemoglobina inferior a 10 (HB<10)	17 días
304.003	Púrpura trombocitopénica idiopática (PTI). Con ingreso hospitalario	20 días
304.004	Policitemia vera	22 días
304.005	Trombopenia-trombocitosis	14 días
304.006	Transplante médula	105 días
304.007	Esplenectomía	45 días
305.000	ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	
305.001	Craneotomía (trepanación) por cualquier causa	47 días
305.002	Craneotomía con intervención encéfalo (sangre, tumores benignos)	97 días
305.003	Enfermedades cerebro vasculares: vasculitis cerebra	42 días
305.004	Enfermedades cerebro-vasculares: accidente cerebro-vascular (ACV)	60 días
305.005	Enfermedades cerebro-vasculares: accidente isquémico transitorio (AIT)	18 días
305.006	Enfermedades cerebro-vasculares: hemorragia intracraneal	57 días
305.007	Estatus epiléptico	21 días
305.008	Válvulas de derivación	41 días
305.009	Lobotomía	47 días
305.010	Hidrocefalia con tratamiento quirúrgico	45 días
305.011	Hidrocefalia: tratamiento médico	20 días
305.012	Desmielinizantes: metabólicas, carenciales	23 días
305.013	Síndrome de Guillain-Barré	90 días
305.014	Parálisis facial idiopática o de Bell	15 días
305.015	Médula espinal: ependimoma	47 días
305.016	Médula espinal: meningocele	44 días

Plus Prestación Económica por Incapacidad Temporal

Cláusulas descriptivas de la cobertura de asistencia sanitaria

Adeslas

305.017	Neuropatías agudas: craneales y periféricos	24 días
305.018	Infecciones bacterianas SNC	50 días
305.019	Infecciones víricas SNC	25 días
305.020	Infecciones: abscesos sistema nerviosos central (SNC)	98 días
305.021	Injertos nerviosos	48 días
305.022	Miastenia gravis	18 días
306.000	ENFERMEDAD DE LOS ORGANOS DE LOS SENTIDOS: ORL Y OFTALMOLOGIA	
306.001	Cirugía del desprendimiento de retina	25 días
306.002	Cirugía sobre la cámara anterior con prótesis	22 días
306.003	Cirugía sobre la cámara anterior sin prótesis	14 días
306.004	Cirugía sobre la cámara posterior	26 días
306.005	Cuerpo extraño intraocular. Herida perforante a cámara anterior	25 días
306.006	Cuerpo Extraño. Extracción quirúrgica y taponamiento superior a 6 días	8 días
306.007	Glaucoma (crisis aguda)	30 días
306.008	Cirugía de las cataratas	15 días
306.009	Iritis, uveitis autoinmune	30 días
306.010	Iritis, uveitis traumática	15 días
306.011	Enucleación por estallido traumático	25 días
306.012	Obstrucción arteria o vena central de la retina	30 días
306.013	Coriorretinitis por cualquier causa	15 días
306.014	Trasplante de córnea	90 días
306.015	Abordaje de cavum (fibroma y otros)	14 días
306.016	Cirugía del oído interno	25 días
306.017	Cirugía del oído medio	13 días
306.018	Estapedectomía	60 días
306.019	Mastoidectomía	21 días
306.020	Vértigo por enfermedad de Ménière	22 días
306.021	Adenoidectomía	7 días
306.022	Amigdalectomía	14 días
306.023	Resección tabique	20 días
306.024	Extirpación cornetes	4 días
306.025	Cirugía de la sinusitis	7 días

Plus Prestación Económica por Incapacidad Temporal

Cláusulas descriptivas de la cobertura de asistencia sanitaria

Adeslas

306.026	Biopsia de cávum (AP benigno)	8 días
306.027	Biopsia de laringe y polipectomía	11 días
306.028	Cordectomía	7 días
306.029	Flemón periamigdalino	13 días
306.030	Flemón-absceso laríngeo	13 días
306.031	Laringectomía	100 días
307.000 ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO		
307.001	Insuficiencia cardíaca congestiva aguda	30 días
307.002	Pericarditis vírica	22 días
307.003	Pericarditis. Tratamiento quirúrgico	28 días
307.004	Miocarditis	40 días
307.005	Angina de pecho (angor) (precisando ingreso hospitalario)	45 días
307.006	Angioplastia transluminal percutánea	18 días
307.007	Cateterismo cardíaco terapéutico (no diagnóstico)	10 días
307.008	Infarto Agudo de miocardio (IAM)	95 días
307.009	Arteriectomía	27 días
307.010	Cirugía con circulación extracorpórea (CEC) (Prótesis o By Pass)	83 días
307.011	Cirugía de aneurisma de aorta abdominal	62 días
307.012	Cirugía de aneurisma y/o disección de aorta torácica	83 días
307.013	Coartación de aorta	36 días
307.014	Disección de aorta	59 días
307.015	Feblectomías safenas	26 días
307.016	Tromboflebitis sin cirugía	15 días
307.017	Embolectomía	20 días
307.018	Comisurotomía	34 días
307.019	Endocarditis	80 días
307.020	Endocarditis sobre válvula protésica	79 días
307.021	Crisis hipotensivas con ingreso hospitalario	11 días
307.022	Hipertensión maligna. Crisis hipertensivas con ingreso hospitalario	10 días
307.023	Crisis o episodio de arritmia aguda sintomática y que precise tratamiento hospitalario	17 días
307.024	By Pass aortorrenal	41 días
307.025	Simpatectomía torácica	32 días
307.026	Simpatectomía: lumbar	23 días

Plus Prestación Económica por Incapacidad Temporal

Cláusulas descriptivas de la cobertura de asistencia sanitaria

Adeslas

308.000 ENFERMEADES DEL APARATO RESPIRATORIO		
308.001	Neumectomía	90 días
308.002	Lobectomía	60 días
308.003	Neumonía complicada con sepsis o absceso pulmonar	44 días
308.004	Neumonía: vírica, bacteriana, atípica (imprescindible confirmación radiográfica)	15 días
308.005	Neumonitis por hipersensibilidad	15 días
308.006	Neumotórax con o sin derrame pleural	21 días
308.007	Cirugía del neumotórax recurrente (extirpación ampollas, irritación pleura, pleurectomía)	42 días
308.008	Derrame Pleural con ingreso hospitalario (con o sin toracocentesis)	30 días
308.009	Bronquitis aguda con ingreso hospitalario	7 días
308.010	Sobreinfección respiratoria sobre enfermedad crónica (EPOC) con ingreso hospitalario	15 días
308.011	Estatus asmático	13 días
308.012	Biopsia pulmonar quirúrgica	16 días
308.013	Exploraciones: mediastinoscopia, mediastinostomía	11 días
308.014	Tromboembolismo pulmonar con ingreso hospitalario	48 días
308.015	Enfermedades infiltrativas (sarcoïdosis, síndrome de Goodpasture)	45 días
308.016	Nodulectomía pulmonar benigna o cáncer in situ	48 días
308.017	Timectomía	23 días
309.000 ENFERMEADES DEL APARATO DIGESTIVO		
309.001	Glándulas salivares. Tratamiento quirúrgico	7 días
309.002	Cirugía de suelo de la boca	45 días
309.003	Cirugía del tumor benigno de parótida	15 días
309.004	Quistes branquiales. Tratamiento quirúrgico	16 días
309.005	Quistes maxilares. Tratamiento quirúrgico	7 días
309.006	Esófago (con tratamiento quirúrgico) (no cáncer: hernia hiato-divertículo)	31 días
309.007	Esofagotomía	22 días
309.008	Gastrectomía (excluido cirugía bariática)	50 días
309.009	Gastroenteritis aguda complicada con fracaso renal agudo	26 días
309.010	Gastroenteritis aguda con ingreso hospitalario superior a 7 días / Salmonelosis	7 días
309.011	Gastrorrafia	26 días
309.012	Úlcera esofágica, gástrica o duodenal objetivada por gastroscopia con complicaciones	15 días
309.013	Vagotomía-piloroplastia	30 días

Plus Prestación Económica por Incapacidad Temporal

Cláusulas descriptivas de la cobertura de asistencia sanitaria

Adeslas

309.014	Apendicectomía	10 días
309.015	Peritonitis	20 días
309.016	Herniorrafia umbilical/inguinal unilateral/crural unilateral	18 días
309.017	Enfermedad de Zollinger-Ellison con o sin cirugía (esofágica, gástrica, duodenal)	30 días
309.018	Enfermedad inflamatoria intestinal (colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn): brote	15 días
309.019	Enfermedad inflamatoria intestinal (colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn): complicación	30 días
309.020	Pancreatectomía	15 días
309.021	Pancreatitis crónica: reagudizaciones	20 días
309.022	Pancreatitis: aguda y hemorrágica o complicada (esteatonecrosis)	41 días
309.023	Colecistectomía (vía biliar)	15 días
309.024	Colecistectomía (vía biliar) + esfinterotomía	15 días
309.025	Colecistitis aguda	15 días
309.026	Cólico hepático con colelitiasis confirmada	5 días
309.027	Descompensación cirrosis/insuficiencia hepática. Con ingreso hospitalario	15 días
309.028	Extirpación parcial del hígado	27 días
309.029	Hígado: hepatectomía parcial	47 días
309.030	Hepatitis aguda A	28 días
309.031	Hepatitis aguda B, C, D	63 días
309.032	Hepatitis aguda tóxica: por fármacos	21 días
309.033	Hepatitis inflamatoria-granulomatosis	21 días
309.034	Hígado: resección quirúrgica/exéresis quiste hidatídico	29 días
309.035	Hígado: resección quirúrgica/exéresis tumores benignos	27 días
309.036	Hígado: resección/exéresis absceso	30 días
309.037	Hígado: trasplante hepático	180 días
309.038	Estenosis pilórica (con tratamiento quirúrgico)	30 días
309.039	Eventración, reducción quirúrgica	10 días
309.040	Hemicolectomía (AP)	45 días
309.041	Colostomía	45 días
309.042	Panproctocolectomía (AP)	74 días
309.043	Hemorragia digestiva aguda (esofágica, gástrica, duodenal)	15 días
309.044	Cirugía de fibrosis retroperitoneal y adherencias	38 días
309.045	Hemorroides-fisuras-fístulas y prolapso rectal (con tratamiento quirúrgico)	10 días
309.046	Ileo paralítico	20 días

Plus Prestación Económica por Incapacidad Temporal

Cláusulas descriptivas de la cobertura de asistencia sanitaria

Adeslas

309.047	Infarto mesentérico con cirugía	44 días
309.048	Reintervenciones gástricas y subfrénicas	38 días
309.049	Resección entérica	37 días
309.050	Obstrucción intestinal reducción quirúrgica	45 días
310.000	ENFERMEDADES DEL APARATO GENITOURINARIO: NEFROLOGIA, UROLOGIA, GINECOLOGIA	
310.001	Nefrectomía (AP)	55 días
310.002	Cólico nefrítico con litiasis confirmada con pruebas de diagnóstico por la imagen y tratamiento con litotricia renal	8 días
310.003	Síndrome nefrótico	41 días
310.004	Pielonefritis aguda (PNA)	22 días
310.005	Glomerulonefritis (GN)	36 días
310.006	Insuficiencia renal aguda	30 días
310.007	Uretero-nefrostomía	21 días
310.008	Transplante renal	140 días
310.009	Varicocele quirúrgico	18 días
310.010	Hidrocele quirúrgico	18 días
310.011	Orquidectomía (AP)	28 días
310.012	Orquidopexia	9 días
310.013	Orquitis-Epididimitis-Prostatitis (agudas)	10 días
310.014	Resección abdominal de próstata	20 días
310.015	Resección transuretral de próstata (RTU)	10 días
310.016	Cistectomía	52 días
310.017	Corrección de prolapsos y celes	15 días
310.018	Anexectomía	26 días
310.019	Anexitis	7 días
310.020	Cirugía de la endometriosis grave	35 días
310.021	Enfermedad inflamatoria pelviana grave, diagnosticada con laparoscopia	28 días
310.022	Histerectomía abdominal	32 días
310.023	Histerectomía vaginal	23 días
310.024	Miomectomía uterina	30 días
310.025	Conización por cáncer in situ o cin III	15 días
310.026	Operación de Manchester	23 días
310.027	Cervicitis. Bartholinitis	7 días

Plus Prestación Económica por Incapacidad Temporal

Cláusulas descriptivas de la cobertura de asistencia sanitaria

Adeslas

310.028	Mamas (reducción o corrección post-traumática)	23 días
310.029	Mastectomía	30 días
310.030	Tumorectomía	10 días
311.000	EMBARAZO PARTO Y PUERPERIO	
311.001	Aborto no voluntario incluido Mola	15 días
311.002	Amenaza de aborto. Confirmada con ecografía/registro CGT	18 días
311.003	Embarazo ectópico	29 días
311.004	Legrado uterino ginecológico	7 días
311.005	Legrado uterino obstétrico	7 días
311.006	Hiperemesis gravídica que precise rehidratación parenteral	11 días
311.007	Desprendimiento prematuro de placenta normalmente insertada	23 días
311.008	Eclampsia (excluido pre-eclampsia)	30 días
311.009	Parto o Cesárea	20 días
312.000	ENFERMEDADES DE LA PIEL Y TEJIDO SUBCUTÁNEO	
312.001	Dermopatías agudas que incapaciten transitoriamente para la profesión habitual	7 días
312.002	Extirpación de cicatrices y pequeña cirugía no ambulatoria	4 días
312.003	Dermatopolimiositis	21 días
312.004	Abscesos pararrectales y quistes dermoides/sacros infectados (drenaje quirúrgico o marsupialización)	7 días
312.005	Abscesos pararrectales y quistes dermoides/sacros infectados (extirpación en bloque)	15 días
312.006	Esclerodermia y derivados: complicaciones y agudizaciones	21 días
312.007	Lupus eritematoso sistémico-LED, panarteritis, amiloidosis, sarcoidosis	32 días
312.008	Infecciones de tejido celular subcutáneo / Abscesos cutáneos	3 días
312.009	Eritema nodoso	21 días
312.010	Hidrosadenitis	21 días
312.011	Sobreinfección heridas quirúrgicas	7 días
313.000	ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMIOARTICULAR Y TEJIDO CONECTIVO	
313.001	Bursitis: tratamiento quirúrgico	21 días
313.002	Bursitis. Tratamiento médico (excluido interfalángicas)	15 días
313.003	Bursitis interfalángicas. Tratamiento médico más inmovilización	7 días
313.004	Cirugía del hallux valgus-rigidus	20 días
313.005	Dupuytren bilateral (con tratamiento quirúrgico)	25 días

Plus Prestación Económica por Incapacidad Temporal

Cláusulas descriptivas de la cobertura de asistencia sanitaria

Adeslas

313.006	Dupuytren unilateral (con tratamiento quirúrgico)	10 días
313.007	Cervicalgia-cervicobraquialgia-contractura o esguince-protusión o hernia discal. Con afectación radicular objetivada con cambios radiológicos agudos. Tratamiento médico.	21 días
313.008	Cervicalgia-cervicobraquialgia-contractura o esguince-protusión o hernia discal con síndrome vertiginoso o déficit de movilidad superior a un 15% en flexo-extensión, rotación o lateralización. Tratamiento médico con objetivación por Mg/Rx.	21 días
313.009	Cervicalgia-cervicobraquialgia-contractura o esguince-protusión o hernia discal. Con indicación médica de inmovilización con collarín más de 10 días	10 días
313.010	Artrodesis vertebral	120 días
313.011	Laminectomía descompresiva	75 días
313.012	Hernia discal con tratamiento mediante nucleotomía percutánea/quimionucleosis	45 días
313.013	Lumbalgia-lumbago-contractura o esguince lumbar-lumbociatalgia-hernia discal. Con cambios radiológicos agudos.	21 días
313.014	Síndrome túnel carpiano. Tratamiento conservador sin cirugía	7 días
313.015	Síndrome túnel carpiano. Tratamiento quirúrgico	21 días
313.016	Corporectomía total (extirpación vertebral)	180 días
313.017	Intervención de revascularización ósea	35 días
313.018	Artritis aguda por cristales	7 días
313.019	Artritis séptica (pequeñas articulaciones)	20 días
313.020	Artritis séptica (grandes articulaciones)	90 días
313.021	Artritis traumática de grandes articulaciones con derrame articular tratada con artrocentesis o inmovilización	21 días
313.022	Artritis traumática de grandes articulaciones sin artrocentesis ni inmovilización	8 días
313.023	Artritis traumática de manos y pies. Inmovilización con férula durante más de 7 días	8 días
313.024	Artritis tuberculosa	90 días
313.025	Episodio agudo de artritis seronegativas (espondilitis anquilopoyética, enf. de Behç, Enf. de Reiter, Enf. de Still, Artritis psoriásica)	20 días
313.026	Artrosis de rodilla	90 días
313.027	Artroplastia total o parcial de cadera	120 días
313.028	Prótesis total rodilla	120 días
313.029	Prótesis parcial rodilla	80 días
313.030	Recambio prótesis total	90 días
313.031	Artroscopia terapéutica. Meniscectomía. Regularización de lesiones condrales	21 días
313.032	Rotura meniscal: tratamiento ortopédico y/o quirúrgico	21 días
313.033	Plastia perartroscópica	51 días

Plus Prestación Económica por Incapacidad Temporal

Cláusulas descriptivas de la cobertura de asistencia sanitaria

Adeslas

313.034	Transposiciones tendinosas	60 días
313.035	Tratamiento quirúrgico de la luxación recidivante de hombro	30 días
313.036	Tratamiento quirúrgico de la rotura del manguito rotadores	70 días
313.037	Tratamiento quirúrgico de pseudoartrosis de huesos largos	180 días
313.038	Tratamiento quirúrgico de la rotura completa de bíceps y/o tendón largo	70 días
313.039	Osteomielitis aguda	81 días
313.040	Osteotomías femorales	90 días
313.041	Osteotomías metatarsianas	50 días
313.042	Osteotomías pélvicas	85 días
313.043	Osteotomías tibiales	60 días
313.044	Cirugía de macizo frontal y malar	37 días
313.045	Sutura ligamentos tobillo por inestabilidad crónica de la articulación	25 días
313.046	Retirada material osteosíntesis	5 días
314.000 LESIONES		
314.001	Amputación extremidad inferior total o parcial (excepto dedos y pie)	120 días
314.002	Amputación extremidad superior total o parcial (excepto dedos)	90 días
314.003	Amputación total de un dedo 1º (pulgares) del pie	60 días
314.004	Amputación total de un dedo 1º (pulgares) o 2º de la mano	60 días
314.005	Amputación total de un dedo 2º, 3º, 4º o 5º del pie	30 días
314.006	Amputación total de un dedo 3º, 4º o 5º de la mano	45 días
314.007	Amputación parcial de un dedo de mano o del pie (amputación falanges)	15 días
314.008	Amputación del pulpejo del dedo o de partes blandas de un dedo de la mano o del pie	7 días
314.009	Amputación del pie o antepie (tarso o metatarso)	90 días
314.010	Quemaduras II: de segundo grado más de 3% y menos del 10% y tercer grado del 3% de extensión corporal afectada	7 días
314.011	Quemaduras III: de segundo grado más de 10% y menos del 21% y tercer grado más de 3% y menos del 10% de corporal afectada	30 días
314.012	Quemaduras IV: de segundo grado más de 20% y menos del 41% de extensión corporal afectada	60 días
314.013	Quemaduras V: de segundo grado más del 40%	90 días
314.014	Quemaduras VI: de tercer grado más del 20% y menos del 41% de extensión corporal afectada	120 días

Plus Prestación Económica por Incapacidad Temporal

Cláusulas descriptivas de la cobertura de asistencia sanitaria

Adeslas

314.015	Quemaduras VII: de tercer grado con más del 40% de extensión corporal afectada	240 días
314.016	Fisura de huesos cortos	15 días
314.017	Fisura de huesos largos	30 días
314.018	Fracturas faciales que no precisen reducción quirúrgica	21 días
314.019	Fractura de Le Fort (I)	60 días
314.020	Fractura de Le Fort (II)	90 días
314.021	Fractura de Le Fort (III)	90 días
314.022	Fractura de mandíbula	60 días
314.023	Fractura cigomática o malar con afectación órbita	90 días
314.024	Fractura cigomática o malar sin afectación órbita	60 días
314.025	Fractura del maxilar superior: tratamiento cruento	90 días
314.026	Fractura del maxilar superior: tratamiento incruento	60 días
314.027	Fractura del cóndilo mandibular	45 días
314.028	Fractura nasal que no precisa reducción quirúrgica	13 días
314.029	Fractura nasal que precisa reducción quirúrgica	20 días
314.030	Fractura clavícula o escápula. Tratamiento quirúrgico	40 días
314.031	Fractura clavícula o escápula. Tratamiento ortopédico	30 días
314.032	Fractura subcapital de húmero	100 días
314.033	Fractura diáfisis humeral y paleta humeral	90 días
314.034	Fractura olécranon, coronoides, epicóndilo, epitroclea	75 días
314.035	Fractura antebrazo o muñeca	45 días
314.036	Fractura de escafoides (diagnóstico tardío confirmado)	100 días
314.037	Fractura huesos del carpo excepto escafoides	60 días
314.038	Fractura luxación carpo. Tratamiento quirúrgico	90 días
314.039	Fractura metacarpianos	30 días
314.040	Fractura de falanges (excepto falanges distales)	30 días
314.041	Fractura de falanges distales	15 días
314.042	Fractura anillo pélvico. Fractura de sacro	90 días
314.043	Fractura de ramas ileopubianas, isquiopubianas o espinas ilíacas	60 días
314.044	Fractura cervicales, petrocantéricas, subtrocantéricas	240 días
314.045	Fractura cótilo compleja. Fractura luxación central de cadera	240 días
314.046	Fractura de cótilo con o sin luxación central de cadera	120 días
314.047	Fractura diáfisis femoral	180 días

Plus Prestación Económica por Incapacidad Temporal

Cláusulas descriptivas de la cobertura de asistencia sanitaria

Adeslas

314.048	Fractura supracondíleas, intercondíleas y supraintercondíleas	240 días
314.049	Fractura rótula compleja o conminuta	180 días
314.050	Fractura rótula simple	90 días
314.051	Fractura meseta tibial	180 días
314.052	Fractura diáfisis tibial	240 días
314.053	Fractura peroné. Extremo proximal	45 días
314.054	Fractura peroné. Diáfisis	45 días
314.055	Fractura pilón tibial	180 días
314.056	Fractura maleolares	90 días
314.057	Fractura bimalleolares o trimaleolares	180 días
314.058	Fractura de calcáneo. Tratamiento ortopédico	120 días
314.059	Fractura de calcáneo. Tratamiento quirúrgico	180 días
314.060	Fractura tarso (incluye astrágalo). Tratamiento ortopédico	90 días
314.061	Fractura tarso (incluye astrágalo). Tratamiento quirúrgico	120 días
314.062	Fractura metatarsianos	90 días
314.063	Fractura dedos pie	15 días
314.064	Fractura de esternon	40 días
314.065	Fracturas apófisis vertebrales (espinosas, transversas)	60 días
314.066	Fracturas de cuerpo vertebral subsidiarias de tratamiento ortopédico	120 días
314.067	Fracturas luxación sin lesión medular subsidiarias de tratamiento quirúrgico (cualquier técnica)	240 días
314.068	Fracturas-luxaciones cervicales no quirúrgicas	90 días
314.069	Fracturas-luxaciones cervicales sin lesión medular. Tto. quirúrgico: artrodesis anterior	120 días
314.070	Una o varias fracturas costales con Hemo o Neumotórax	90 días
314.071	Una o varias fracturas costales desplazadas sin afectación del parénquima pulmonar	75 días
314.072	Una o varias fracturas costales no desplazadas o fisuras, sin hemo o neumotórax	21 días
314.073	Fracturas costales con inestabilidad torácica (volet), diferentes técnicas (presión positiva-grapas Judet)	90 días
314.074	Traumatismo cráneo encefálico (TCE): hematoma epi o subdural	60 días
314.075	Traumatismo cráneo encefálico (TCE): conmoción cerebral (con ingreso hospitalario mínimo de 24 horas)	7 días
314.076	Traumatismo cráneo encefálico (TCE): fractura craneal con afectación parenquimatosa cerebral diagnosticada por RMN	120 días
314.077	Traumatismo cráneo encefálico (TCE): fractura craneal con afectación parenquimatosa cerebral y estado de coma de más de un mes de duración	300 días

Plus Prestación Económica por Incapacidad Temporal

Cláusulas descriptivas de la cobertura de asistencia sanitaria

Adeslas

314.078	Traumatismo cráneo encefálico (TCE): fractura craneal sin afectación orgánica cerebral	52 días
314.079	Traumatismo cráneo encefálico (TCE): lesión orgánica sin fractura craneal	120 días
314.080	Traumatismo torácico con rotura bronquial o disección aórtica	90 días
314.081	Traumatismos complejos de la mano (varias lesiones tendinosas+fracturas de varios metas o falanges)	100 días
314.082	Esguince grado I. Tratamiento ortopédico	10 días
314.083	Esguince grado II. Tratamiento ortopédico	30 días
314.084	Esguince grado III. Tratamiento ortopédico	60 días
314.085	Esguinces grado I. Tratamiento quirúrgico	45 días
314.086	Esguinces grado II. Tratamiento quirúrgico	60 días
314.087	Esguinces grado III. Tratamiento quirúrgico	90 días
314.088	Rodilla: lesiones complejas (Tríada-Péntada). Tratamiento quirúrgico	180 días
314.089	Rodilla: rotura completa LCA y/o LCP. Tratamiento quirúrgico mediante ligamentoplastia	120 días
314.090	Rodilla: rotura de ligamento cruzado (LCA-LCP) inmovilizado con vendaje elástico o yeso durante más de 21 días	35 días
314.091	Rotura del tendón de aquiles o del tendón rotuliano. Tratamiento ortopédico o quirúrgico	90 días
314.092	Roturas fibrilares (ecografía positiva)	14 días
314.093	Sección de tendones extensores	50 días
314.094	Sección de tendones flexores	75 días
314.095	Luxación esterno-clavicular. Tratamiento quirúrgico	40 días
314.096	Luxación acromio-clavicular. Tratamiento ortopédico (inmovilización)	30 días
314.097	Luxación acromio-clavicular. Tratamiento quirúrgico	30 días
314.098	Luxación de codo, muñeca o carpo	30 días
314.099	Luxación de hombro asociada a fractura de troquíter	80 días
314.100	Luxación escapulo-humeral recidivante. Tratamiento ortopédico	10 días
314.101	Luxación escápulo-humeral. Tratamiento ortopédico	30 días
314.102	Luxación escápulo-humeral. Tratamiento quirúrgico	40 días
314.103	Luxación esterno-clavicular. Tratamiento ortopédico (inmovilización)	20 días
314.104	Luxación IF de los dedos de la mano o del pie	15 días
314.105	Luxación MCF del dedo pulgar	35 días
314.106	Luxación MCF y MTF de los dedos de la mano o del pie	15 días
314.107	Luxación simple de cadera sin fractura	45 días
314.108	Suturas (sin afectación tendinosa): dedos (manos y pies)	7 días
314.109	Suturas (sin afectación tendinosa): palma mano y planta pie	8 días

Plus Prestación Económica por Incapacidad Temporal

Adeslas

Cláusulas descriptivas de la cobertura de asistencia sanitaria

314.110	Suturas (sin afectación tendinosa): rodilla, codo, muñeca (con más de cinco puntos de sutura)	7 días
314.111	Intoxicaciones por fármacos con complicaciones	15 días
314.112	Contusión costal / esternal que precisa de I.T. por Seguridad Social	15 días
314.113	Epicondilitis con inmovilización	21 días
314.114	Tendinitis de De Quervain	21 días
314.115	Suturas complejas con inmovilización con férula o que precisan de I.T. por Seguridad Social	10 días
314.116	Esguince intercostal	20 días
314.117	Abscesos postquirúrgicos	30 días
314.118	Esguinces con tratamiento médico	4 días
314.119	Esguince cervical	5 días

Procesos sin indemnización

400.000 PROCESOS SIN INDEMNIZACIÓN

401.000 ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS

401.001	Infecciones respiratorias agudas, gripe, amigdalitis, laringitis, faringitis, urinarias	0 días
401.002	Candidiasis	0 días

402.000 NEOPLASIAS

402.001	Neoplasias: dérmica (melanoma) sin afectación sistémica	0 días
---------	---------------------------------------------------------	--------

403.000 ENFERMEDADES DEL SNC

403.001	Jaqueca. Migraña	0 días
---------	------------------	--------

404.000 ENFERMEDADES DE LOS ORGANOS DE LOS SENTIDOS: ORL Y OFTALMOLOGIA

404.001	Conjuntivitis/queratitis/ulcera corneal	0 días
404.002	Cuerpo extraño ocular. Extracción y taponamiento inferior a 7 días	0 días
404.003	Patología de los párpados: blefaritis, orzuelo, ...	0 días
404.004	Patología del aparato lacrimal: dacrioadenitis,...	0 días
404.005	Cirugía del oído externo	0 días
404.006	Vértigo periférico o central (no enfermedad de Meniere)	0 días
404.007	Otitis media	0 días
404.008	Pólipos nasales (cirugía)	0 días

Plus Prestación Económica por Incapacidad Temporal

Cláusulas descriptivas de la cobertura de asistencia sanitaria

Adeslas

405.000	ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	
405.001	Arritmias crónicas con o sin tratamiento clínico	0 días
405.002	Arritmia aguda sintomática que no precisa tratamiento hospitalario	0 días
406.000	ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO	
406.001	Fibrobroncoscopia	0 días
407.000	ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO	
407.001	Extracciones dentales	0 días
407.002	Extracciones y reparaciones dentales	0 días
407.003	Patología dentaria. Gingivitis	0 días
407.004	Gastroenteritis aguda	0 días
407.005	Gastritis aguda	0 días
407.006	Hemorroides-fisuras-fístulas y prolapso rectal (con tratamiento médico)	0 días
407.007	Cólico hepático sin colelitiasis confirmada	0 días
408.000	ENFERMEDADES DEL AP. GENITOURINARIO: NEFROLOGIA, UROLOGIA, GINECOLOGIA	
408.001	Biopsia renal (con anatomía patológica)	0 días
408.002	Biopsias (próstata, vejiga, riñón y testículo)	0 días
408.003	Cólico renal o nefrítico sin litiasis confirmada (Rx, urografía)	0 días
408.004	Litotricia	0 días
408.005	Exploraciones: cistoscopia y Dormia	0 días
408.006	Fimosis	0 días
408.007	Mastitis (no gestacional)	0 días
409.000	ENFERMEDADES DE LA PIEL Y TEJIDO SUBCUTANEO	
409.001	Abscesos pararrectales y quistes dermoides/sacos infectados (sin ingreso hospitalario)	0 días
409.002	Biopsias no cáncer (con anatomía patológica)	0 días
409.003	Adenitis	0 días
409.004	Cuerpo extraño en piel y tejido subcutáneo	0 días
409.005	Enfermedades de las uñas	0 días
409.006	Urticaria	0 días

Plus Prestación Económica por Incapacidad Temporal

Cláusulas descriptivas de la cobertura de asistencia sanitaria

Adeslas

410.000 ENFERMEDADES DEL S. OSTEOMIOARTICULAR		
410.001	Cervicalgia-cervicobraquialgia-contractura o esguince cervical. No objetivado por MG/Rx	0 días
410.002	Lumbalgia-lumbago-contractura o esguince cervical-lumbociatalgia. No objetivado por MG/Rx.	0 días
411.000 LESIONES		
411.001	Esguinces. Tratamiento médico	0 días
	Suturas (sin afectación tendinosa): resto del cuerpo	0 días
	Contusión miembro inferior/superior/tronco	0 días
	Quemaduras I. De primer grado (todas) y de segundo grado con menos del 3% de extensión corporal afectada	0 días

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

Adeslas

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

S.RE.300.12ASC