

Adeslas Extra

CONDICIONES GENERALES

Seguro de enfermedad.

Adeslas

REPSOL

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)	3
1. Cláusula preliminar.	3
2. Objeto del seguro.	3
3. Pago de primas.	4
4. Otras obligaciones, deberes y facultades del Tomador del seguro y/o del Asegurado.	5
5. Otras obligaciones de la Aseguradora.	7
6. Duración del seguro.	7
7. Pérdida de derechos, resolución del contrato.	8
8. Información sobre el tratamiento de datos personales.	8
9. Estado y autoridad de control de la Aseguradora.	13
10. Instancias de reclamación.	13
11. Comunicaciones y jurisdicción.	14
12. Prescripción.	14
13. Actualización anual de condiciones económicas de la póliza.	15
Cláusulas descriptivas de la cobertura de asistencia sanitaria (Condiciones Generales)	16
1. Definiciones.	16
2. Modalidad I: Reembolso de gastos sanitarios	19
3. Modalidad II: Prestación de asistencia sanitaria por medio de los Cuadros Médicos de la Aseguradora.	20
4. Cartera de servicios con cobertura.	22
5. Exclusiones comunes de la cobertura de asistencia sanitaria.	35
6. Límites generales.	36
7. Seguro de los recién nacidos..	39

1. Cláusula preliminar

1.1. La actividad aseguradora que lleva a cabo SegurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros está sometida al control de las autoridades del estado español siendo el órgano competente para ello la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

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

1.3. El Tomador durante la vigencia de la póliza deberá tener su domicilio social (si es persona jurídica) o residencia habitual (si es persona física) en España. Este requisito es aplicable también a los Asegurados.

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.

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) Comunicar a la Aseguradora, tan pronto como le sea posible, el cambio de domicilio.
- b) Comunicar a la Aseguradora, tan pronto le sea posible, las altas y bajas de Asegurados que se produzcan durante la vigencia de la póliza, tomando efecto las altas el día primero del mes siguiente a la fecha de la comunicación efectuada por el Tomador y las bajas el día de vencimiento de la anualidad del seguro en que se produzca dicha baja procediéndose a la adaptación del importe de la prima a la nueva situación.
- c) Si la asistencia de la madre en el parto se realiza con cargo al seguro de la Aseguradora de la que aquella fuese Asegurada, los hijos recién nacidos tendrán derecho a ser incluidos en la póliza de la madre desde el momento de su nacimiento. Para ello, el Tomador deberá comunicar a la Aseguradora tal circunstancia dentro de los 15 días naturales siguientes a la fecha de alta hospitalaria del recién nacido y como plazo máximo 30 días naturales transcurridos desde la fecha del nacimiento, mediante la cumplimentación de una solicitud de seguro.

Las altas comunicadas en plazo retrotraerán sus efectos a la fecha del nacimiento, no aplicándose periodo de carencia superior al que faltase por consumir a la madre.

Si el alta del recién nacido se comunica con posterioridad al plazo indicado, será necesario cumplimentar el Cuestionario de salud y la Aseguradora podrá denegar la admisión.

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

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) 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.

f) 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.

g) 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.

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

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

5. Otras obligaciones de la Aseguradora

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

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

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

6. Duración del seguro

El seguro se estipula por el periodo de tiempo previsto en las Condiciones Particulares, y a su vencimiento, de conformidad con el artículo 22 de la Ley, se prorrogará tácitamente por periodos anuales.

No obstante cualquiera de las partes podrá oponerse a la prórroga mediante notificación escrita a la otra, efectuada con una antelación no inferior a un mes cuando se trate del Tomador y dos meses cuando se trate de la Aseguradora, a la fecha de conclusión del periodo de seguro en curso.

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

7. Pérdida de derechos, resolución del contrato

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.

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

a) Si el siniestro cuya cobertura como riesgo se garantiza, sobreviene antes de que se haya pagado la primera prima, salvo pacto en contrario (artículo 15 de la Ley de contrato de seguro).

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

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

d) Si el Asegurado al utilizar la cobertura de la modalidad de reembolso no presentase la documentación original si fuese 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.

8. 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.

Asimismo, y en caso de que el interesado hubiese prestado específicamente el consentimiento, se podrán comunicar sus datos a la entidad financiera CaixaBank, S.A., con NIF A08663619 y domicilio en carrer Pintor Sorolla, 2-4 46002 Valencia, y a las empresas del Grupo "la Caixa", cuyas actividades formen parte del sector asegurador, bancario, de servicios de inversión, tenencia de acciones, capital riesgo, inmobiliario, viarias, de venta y distribución de bienes y servicios, ocio, servicios de consultoría y benéfico-sociales, todo ello con la finalidad de que puedan dirigirle, mediante cualquier medio de comunicación (postal, telefónico, electrónico, etc.), información comercial de sus productos y servicios.

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.
- Cumplir con el consentimiento prestado específicamente por el interesado para facilitar sus datos a CaixaBank, S.A. y las empresas del Grupo "la Caixa" con la finalidad indicada en el apartado de tratamientos voluntarios del epígrafe 2. "Finalidad de tratamiento de datos personales".

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 (precontractual 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.

9. 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.

10. Instancias de reclamación

10.1. 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.

10.2. 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.

10.3. 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.

11. Comunicaciones y jurisdicción

11.1. 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.

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

12. Prescripción

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

13. Actualización anual de las condiciones económicas de la póliza

La Aseguradora, cada nueva anualidad de seguro, podrá:

- a) Actualizar 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 franquicias se fundamentarán en los cálculos técnico-actuariales necesarios para determinar la incidencia en el esquema financiero-actuarial 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 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, si el Tomador no comunica 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.

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

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

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.

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.

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

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

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

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

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

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

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

Médico Especialista o Especialista: Médico que dispone de la titulación necesaria para ejercer su profesión dentro de una de las especialidades médicas legalmente reconocidas.

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

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

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

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.

Prima: el precio del seguro. El recibo de prima incluirá, además, los recargos, impuestos y tasas legalmente repercutibles. La prima del seguro es anual, aunque se fraccione su pago.

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

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 las asistencias cubiertas por la póliza.

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

Urgencia: situación 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 Descriptivas de Cobertura 4 y 5 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 realiza la solicitud a través de la página web, adjuntando la siguiente documentación escaneada:

- a) Impreso de solicitud de reembolso de gastos, según modelo de la Aseguradora, debidamente cumplimentado y firmado por el Asegurado.
- b) Originales o copias 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) Originales o copias de las prescripciones médicas en caso de medios de diagnóstico, tratamientos especiales, hospitalización y otros servicios.
 - d) En caso de hospitalización, 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.

Una vez realizada la solicitud, el Asegurado recibirá confirmación de que la documentación esta completa, del número de expediente vinculado a la solicitud para poder realizar seguimiento del estado de la misma.

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.

Cuando los documentos aportados se encontrasen redactados en los idiomas inglés y/o francés, y el Asegurado no aporte traducción de los mismos, éste da conformidad a la Aseguradora para que sea ésta quién proceda a su traducción al castellano. 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 completa tramitación por parte del Asegurado. 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 asistencia sanitaria cubierta por el seguro en esta Modalidad se prestará en todas las ciudades españolas donde la Aseguradora tenga contratada esta prestación con facultativos, clínicas y otros establecimientos e instituciones, incluso entidades de seguro, que estarán incluidas en sus Cuadros Médicos.

La Aseguradora entregará al Asegurado un ejemplar del Cuadro Médico correspondiente a la provincia de residencia, con especificación del centro o centros permanentes de urgencia médica y quirúrgica, del servicio permanente de asistencia ambulatoria, de los hospitales y clínicas, de las direcciones y horarios de consulta de los facultativos y de los servicios de información, urgencias y asistencia ambulatoria permanente en todas las capitales de las demás provincias y el Cuadro Médico de las provincias de las que el Asegurado expresamente lo solicite, estando en todo caso a disposición del Asegurado la información nacional de los servicios de la compañía.

La prestación tendrá lugar de acuerdo con lo siguiente:

3.1. El Asegurado puede elegir libremente para su asistencia a cualquiera de los médicos incluidos en los cuadros provinciales que la Aseguradora pone a su disposición.

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 dar cobertura económica a esta prestación de asistencia sanitaria, siempre y cuando ésta esté concertada en la zona para la que se solicite. **3.3.** La Aseguradora no se hace responsable de los honorarios de Médicos o Profesionales sanitarios ajenos a su Cuadro Médico, ni de los gastos de hospitalización o asistencias que los mismos pudieran prescribir.

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.

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 o acudir directamente, según proceda, a un centro permanente de urgencia de los que la Aseguradora tiene establecidos, cuya dirección y teléfono figuran en el Cuadro Médico que se entrega al Asegurado.

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

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 quince años.
- **Enfermería.** Servicio en consulta y a domicilio. El servicio a domicilio será siempre por imposibilidad de desplazamiento por parte del asegurado y previa prescripción de un facultativo del Cuadro Médico de la Aseguradora.
- **Vacunación.** En centros de la Aseguradora que estén concertados con las Autonomías. En estos casos incluye el coste de la vacuna.

4.2. URGENCIAS

La asistencia sanitaria en casos de urgencia se prestará en los centros de urgencia permanente (24 horas) que se indique en el Cuadro Médico de la Aseguradora. La asistencia será domiciliaria siempre que el estado del enfermo lo requiera.

4.3. ESPECIALIDADES

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

- **Alergología.** Las vacunas serán a cuenta del Asegurado.
- **Anestesia y reanimación.**
- **Angiología y cirugía vascular.** Queda incluido el tratamiento endoluminal de varices por láser y radiofrecuencia **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 por cuando por motivos médicos justificado mediante informe, no se pueda realizar alguna de estas pruebas. Se incluye la colonoscopia virtual como prueba diagnóstica **pero no de screening y el Fibroscan.**
- **Cardiología.** Incluye la inserción de implante percutáneo de válvula aórtica (TAVI).
- **Cirugía cardiovascular.**
- **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.** Está excluida la cirugía con fines estéticos, salvo la reconstrucción de la mama afectada tras mastectomía mediante prótesis mamaria y la remodelación de la mama sana contralateral, esta última **con un límite máximo de un año después de la cirugía oncológica**, si es considerada como opción terapéutica mediante informe médico; Incluirá, en su caso, material necesario para la reconstrucción de la mama, por ejemplo la prótesis mamaria, los expansores de piel y la malla sintética, no biológica. Incluye la mastectomía profiláctica prescrita por especialista así como su reconstrucción. **Se excluye la reconstrucción y/o simetrización mamaria tras cirugía de resección mamaria por patología benigna, así como las técnicas de lipoinfiltración grasa para cualquier tipo de patología. Se excluye la micropigmentación del complejo areola pezón.**

Cirugía **exclusivamente** para la recuperación funcional de un órgano o miembro o para el tratamiento de una lesión local superficial no cicatricial, a excepción de que se trate de una cicatriz en la cara acontecida durante el curso de vigencia de la póliza a causa de un traumatismo o cirugía previa cubierta por la póliza, aunque no afecte a la funcionalidad de ningún órgano. Incluye tratamiento de quemados y cirugía de la mano. **Excluidos los tratamientos estéticos, la cirugía de la transexualidad y la cirugía reductora y reconstructora.**

- **Cirugía torácica.**

- **Dermatología médico quirúrgica.** Incluye la fototerapia UVB y Psolarenos/PUVA en psoriasis generalizada. Incluye la terapia fotodinámica en cánceres de piel, enfermedad de Bowen y queratosis actínicas, **no incluye ninguna aplicación cosmética ni tampoco el hirsutismo.**

- **Endocrinología y nutrición.** Incluye la consulta del nutricionista.

- **Geriatría.**

- **Hematología y hemoterapia.** Incluye oncología hematológica. Comprende trasplantes autólogos y heterólogos tanto de médula ósea como de células de progenitoras de sangre periférica.

- **Inmunología.**

- **Medicina interna.**

- **Medicina nuclear.**

- **Nefrología.**

- **Neonatología.**

- **Neumología.**

- **Neurocirugía.** Se incluyen los neuronavegadores en neurocirugía en caso de tumores o malformaciones arteriovenosas localizadas en hemisferios cerebrales intraventriculares, en fosa posterior o base del cráneo, y la cirugía de la epilepsia y del Parkinson.

- **Neurofisiología clínica.**

- **Neurología.**

- **Obstetricia y ginecología.** Vigilancia del embarazo y asistencia a los partos.

- **Odonto-estomatología.** Se encuentran cubiertas las curas estomatológicas, extracciones y una limpieza de boca por cada anualidad del seguro. A partir de la primera limpieza dentro de la anualidad, será necesaria la prescripción médica.

- **Oftalmología.** Incluye la retinografía, la tomografía de coherencia óptica, ortóptica, el tratamiento de la degeneración macular asociada a la edad por terapia fotodinámica o inyección intravítrea de fármacos **(en este caso el coste los fármacos utilizados correrán a cargo del Asegurado).**

- **Oncología médica y radioterápica.**

- **Otorrinolaringología.** Incluye la radiofrecuencia y la cirugía mediante Láser CO₂.

- **Psiquiatría y Psicología clínica.** Quedan incluidos los tratamientos de psicoterapia prescritos por un psiquiatra u oncólogo médico concertados, médicos/pediatras asesores de salud familiar y médico del trabajo de la empresa, **con un máximo de veinte sesiones por cada anualidad de seguro o cuarenta sesiones en caso de trastornos alimentarios.** Requerirá la autorización previa de la Aseguradora. **Se excluye el psicoanálisis, hipnosis, test neuropsicológicos y psicométricos, sofrología, narcolepsia ambulatoria, cualquier método de asistencia psicológica no-conductual, la psicoterapia de grupo y la rehabilitación psicosocial.**

- **Psiquiatría.**

- **Rehabilitación y fisioterapia, previa prescripción de un facultativo del Cuadro Médico de la Aseguradora.** Comprende las consultas encaminadas al diagnóstico valoración y prescripción del tratamiento de fisioterapia de lesiones de aparato locomotor, drenaje linfático si son derivados de proceso oncológico, todo ello en régimen ambulatorio. Incluye la rehabilitación del suelo pélvico y la rehabilitación cardíaca tras IAM. Se incluye la rehabilitación respiratoria que precise el paciente **exclusivamente durante su hospitalización**, no siendo objeto de cobertura la rehabilitación respiratoria en régimen ambulatorio. **Rehabilitación neurológica con máximo de 60 sesiones por cada asegurado y anualidad de seguro. 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 ocupacional, así como la rehabilitación neuropsicológica o estimulación cognitiva.**

- **Reumatología.**

- **Traumatología y cirugía ortopédica.** Cirugía artroscópica.

- **Urología.** Incluye el uso del láser para el tratamiento quirúrgico de la hiperplasia benigna de próstata. Se incluye el estudio, diagnóstico y tratamiento clínico de la impotencia. Quedan incluidos los tratamientos de la patología de la próstata con cualquier Láser (Láser KTP, Láser Ciber-green, Láser Holmium, Láser Rojo o cualquier otro prescrito por el especialista) y con HIFU con aquellos especialistas con los cuales existen conciertos para la aplicación de la técnica. Queda también incluida la biopsia por fusión, ecodirigida y por Histocanning: Prueba de radiodiagnóstico que permite fusionar las imágenes obtenidas con Resonancia multiparamétrica (RMmp) y ecografía, para guiar la toma de biopsia de lesiones de próstata, para su análisis posterior en laboratorio de Anatomía Patológica **(En los centros y especialistas concertados).**

4.4. MEDICINA PREVENTIVA

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

- **Pediatría:** incluye controles preventivos y de desarrollo infantil.
- **Obstetricia y Ginecología:** incluye una revisión ginecológica en cada anualidad de seguro, para la prevención del cáncer de mama, endometrio y cérvix.
- **Cardiología:** incluye la prevención del riesgo coronario.
- **Urología:** revisión urológica en cada anualidad de seguro para la prevención del cáncer de próstata.
- **Planificación familiar:** control del tratamiento con anovulatorios, implantación de DIU y su vigilancia, incluyendo el coste del dispositivo. Ligadura de trompas y vasectomía. **Quedan expresamente excluidas las reducciones embrionarias, así como los tratamientos de esterilidad o infertilidad no cubiertos en el apartado específico.**

4.5. MEDIOS DE DIAGNÓSTICO

4.5.1. Análisis clínicos, Anatomía patológica y Citopatología. Queda incluida las serologías de patologías infecciosas.

4.5.2. Radiología general: incluye las técnicas habituales de diagnóstico por la imagen, quedando incluida la utilización de medios de contraste (tanto en régimen de internamiento como ambulatorio).

4.5.3. Otros medios de diagnóstico: Doppler cardiaco, electrocardiografía, electroencefalografía, electromiografía, fibroendoscopia y ecografías.

4.5.4. Medios de diagnóstico de alta tecnología:

- Inmunohistoquímica.
- Ergometría, holter, holter implantable estudios electrofisiológicos y terapéuticos incluido crioablación en arritmias cardíacas.
- Polisomnografía.
- Ablación por radiofrecuencia en casos de esófago de Barret.
- Resonancia magnética (incluye resonancia magnética multiparamétrica) y Tomografía Axial Computarizada (TAC helicoidal).

Cláusulas descriptivas de la cobertura de asistencia sanitaria (Condiciones Generales)

- Colonografía realizada mediante TAC: **exclusivamente** como prueba complementaria a la fibrocolonoscopia por intolerancia o estenosis y en pacientes con problemas médicos que contraindiquen la práctica de fibrocolonoscopia convencional.
- Coronariografía por TAC: **exclusivamente** para pacientes con enfermedad coronaria sintomática con prueba de esfuerzo no concluyente; en cirugías de recambio valvular y en valoración de estenosis tras cirugía de by-pass coronario y en malformaciones del árbol coronario. Se incluye la cuantificación de calcio en arterias coronarias (Angio TAC con Score cálcico); **no se incluye bajo ninguna circunstancia la valoración de estenosis tras implantación de stent ni su utilización como prueba diagnóstica de screening.**
- Medicina nuclear. PET/TAC .Quedan incluidos **exclusivamente:** 1) los realizados con el radiofármaco 18F-FDG y en las indicaciones clínicas establecidas en la ficha técnica del mismo y autorizadas por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios) y 2) los realizados con el radiofármaco Metilcolina (incluyendo el 18 F-PSMA) en indicaciones establecidas en la ficha técnica del fármaco así como en estudio del hiperparatiroidismo. **Se excluye el PET TAC con otros radiofármacos como el Galio-PSMA entre otros.** Se incluye también PET/RM (**exclusivamente los realizadas con el radiofármaco 18F-FDG en indicaciones clínicas oncológicas**).
- Amniocentesis y Cariotipos.
- Pruebas genéticas: **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. **Se excluyen expresamente 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.**

No obstante se valorarán individualmente por parte de la Aseguradora aquellas peticiones de pruebas genéticas (Farmacogenética y Pruebas predisposición) que con fundamento clínico y avalado por el correspondiente informe médico se soliciten. Tras solicitud de valoración se decide incluir también:

- La determinación de los genes BRCA 1 y BRCA 2 con fines preventivos o predictivos para el estudio de casos de cáncer hereditario de mama u ovario en personas sin antecedente personal de cáncer de mama u ovario y que tenga 2 o más familiares de 1º o 2º grado afectados por cáncer de mama y/u ovario.

- La determinación del gen PIK3CA como diana terapéutica para el uso de inhibidores selectivos de la tirosin kinasa de PI3K.
- La determinación de la deficiencia de dihidropirimidina deshidrogenasa (DPD) en pacientes tratados o con indicación para ser tratados con análogos de pirimidinas.
- El estudio genético de la celiaquía como parte del estudio en pacientes afectados de enfermedad celiaca

4.5.5. Medios de diagnóstico intervencionista: radiología intervencionista vascular y visceral y hemodinámica vascular.

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

4.6. HOSPITALIZACIÓN

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

La hospitalización se hará siempre en habitación individual que dispondrá de cama para el acompañante **excepto** en las hospitalizaciones psiquiátricas, en U.V.I. y neonatológicas, y serán por cuenta de la Aseguradora los gastos derivados de la realización de los métodos diagnósticos y terapéuticos, tratamientos quirúrgicos (incluidos gastos de quirófano y medicamentos) y estancias con la manutención del enfermo, comprendidos en la cobertura de la póliza. **Queda excluida la asistencia y tratamiento hospitalario por razones de tipo social.**

- **Hospitalización obstétrica (partos).** Incluye el tratamiento del ginecólogo obstetra y/o la matrona en ingreso hospitalario durante el proceso de embarazo y/o parto; y el nido y/o la incubadora para el recién nacido durante su internamiento hospitalario.

- **Hospitalización quirúrgica.** Incluye las especialidades quirúrgicas para el tratamiento de las patologías que así lo requieran, el estudio preoperatorio o preanestésico (consulta, analítica y electrocardiograma), las visitas y curas del postoperatorio inmediato, la cirugía mayor ambulatoria, y en su caso los implantes quirúrgicos y prótesis especificados en la Cláusula Descriptiva de la cobertura 4.7 de estas Condiciones Generales.

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

- **Hospitalización pediátrica.** Para menores de 15 años. Incluye la asistencia por motivo de intervención quirúrgica o enfermedad médica tanto en hospitalización convencional como en unidades de neonatología (cuidados intensivos y/o cuidados intermedios).
- **Hospitalización en Unidad de Vigilancia Intensiva (U.V.I.).**
- **Hospitalización psiquiátrica.** Exclusivamente para los enfermos de procesos agudos o crónicos en periodo de agitación, previamente diagnosticados por un especialista del Cuadro Médico de la Aseguradora, en régimen de internamiento o en hospitalización de día, con un límite de sesenta días por cada anualidad de seguro.
- **Hospitalización de día:** Tanto para procesos quirúrgicos como médicos, incluidos los tratamientos quimioterápicos en oncología. Comprende los gastos de estancia, la medicación y los medios de diagnósticos utilizados durante la permanencia en el centro hospitalario.

4.7. IMPLANTES Y PRÓTESIS QUIRÚRGICAS

Serán suministrados siempre por las empresas designadas por la Aseguradora. La garantía comprende, previa prescripción escrita de un médico especialista del Cuadro Médico, las prótesis internas y materiales implantables expresamente indicados a continuación:

- **Cardiovasculares:** Marcapasos, (monocamerales, bicamerales y resincronizadores, con inclusión de los Desfibriladores Automáticos Implantables, **con franquicia de nueve mil euros (9.000 euros)**, válvulas cardíacas mecánicas, biológicas xenólogas y anillos para valvuloplastia, stent coronario (medicalizado o no medicalizado), prótesis de bypass vascular y las Endoprótesis (stent) vasculares. Incluye TAVI (implante percutáneo de válvula aórtica).
- **Osteoarticulares:** Prótesis internas traumatológicas, el material de osteosíntesis y el material osteo-tendinoso biológico obtenido de bancos de tejidos nacionales.
- **Mama:** Prótesis mamaria y expansores cutáneos para la reconstrucción de la mama mastectomizada.
- **Oftalmológicos:** Lentes intraoculares unifocales, bifocales, multifocales y toricas 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

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

- **Terapias respiratorias a domicilio.** Incluye oxigenoterapia (líquida, con concentrador o gaseosa), aerosolterapia (**en este caso la medicación correrá a cargo del Asegurado**), ventilación con presión positiva continua en vía aérea (CPAP) y ventilación con dispositivos binivel (BIPAP).
- **Medicina hiperbárica.** Se consensuarán los centros y los supuestos, siempre con previa prescripción médica de la Aseguradora.
- **Trasfusiones de sangre y/o plasma.**
- **Logopedia y foniatría.** Tratamiento de patologías del lenguaje, del habla y de la voz derivadas **exclusivamente** de procesos orgánicos y déficits funcionales recuperables. **Queda excluido el tratamiento de los trastornos del aprendizaje (dislexia, disgrafía y discalculia).**
- **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 patología prostática se incluye cualquier Láser (Láser KTP, Láser Cibergreen, Láser Holmium, Láser Rojo o cualquier otro prescrito por el especialista, en la litotricia de la vía urinaria y 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.**
- **Nucleotomía percutánea.**
- **Hemodiálisis para insuficiencias renales agudas o crónicas.**
- **Quimioterapia.** En régimen de internamiento o en hospitalización de día. La Aseguradora sólo asumirá los gastos de medicamentos clasificados como citostáticos y los Porta-a-Cath, comercializados en España y que estén autorizados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Incluye los reservorios implantables (port-a-cath). Se incluye la quimioterapia intraperitoneal en casos de carcinomatosis peritoneal por tumores de origen en el ovario o sistema digestivo. **Se excluyen expresamente otros tratamientos quimioterápicos intraoperatorios.**
- **Oncología radioterápica.** Incluye cobaltoterapia, braquiterapia, acelerador lineal, los isótopos radioactivos, la radioneurocirugía esterotáxica en los tumores intracraneales, y la radioterapia de intensidad modulada, cuando estén médicamente indicadas. **Se excluye la radioterapia para procesos benignos no oncológicos salvo en emergencias por compresión medular y la terapia con haz de protones o neutrones.**

- Factores de crecimiento plaquetario (Inclusión en lesiones traumatológicas articulares):

Queda incluido el uso de factores de crecimiento plaquetario para las siguientes indicaciones:

- a) En el tratamiento de lesiones y ulceraciones amplias y/o crónicas de la piel de difícil tratamiento.
- b) En traumatología y cirugía maxilofacial para favorecer la reparación y regeneración de tejido óseo, ligamentoso o cartilaginoso con el **límite de 3 sesiones anuales**.

- Diagnóstico y tratamiento de la esterilidad e infertilidad. Será llevado a cabo mediante técnicas con arreglo a la legislación vigente y siempre que cumplan los criterios de cobertura que a continuación se exponen.

- No se financiará ningún tratamiento de reproducción humana asistida que no cumpla los requisitos establecidos en la legislación vigente sobre técnicas de reproducción humana asistida.
- Los límites que se establecen por asegurada para la aplicación de las diferentes técnicas, son: **3 ciclos en IA (inseminación artificial) y 2 en FIV (Fecundación in vitro); cada ciclo tiene 1 transferencia incluida.**
- **El límite de edad para inducción de ovulación, inseminación y FIV** será hasta el día anterior en que la mujer cumpla **45 años**.
- Las prestaciones serán objeto de cobertura siempre que se realicen sobre una persona asegurada por la póliza y no se encuentre entre las exclusiones.
- En los tratamientos de reproducción asistida, el carácter de la donación de gametos y preembriones deberá respetar las consideraciones establecidas en la citada legislación. Los gastos derivados de las actuaciones que, en su caso, puedan realizarse sobre los donantes, no formarán parte del coste de la técnica utilizada y serán repercutidos sobre las pacientes que vayan a ser sometidas a técnicas de reproducción asistida en las que se precise donación de gametos.
- Será por cuenta de la Aseguradora la **criopreservación de los 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. **El periodo de cobertura en el caso de la mujer y el hombre será hasta el día anterior al cumplimiento de 50 años de edad.**

EXCLUSIONES:

- 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 se haya producido voluntariamente o sobrevenga como consecuencia del proceso fisiológico natural propio de la finalización del ciclo reproductivo de la persona.
- No se considera incluida la criopreservación de embriones congelados sobrantes: serán a cuenta del asegurado, aunque sean procedentes de un ciclo FIV autorizado.
- No se considera objeto de cobertura los actos diagnósticos y técnicas que se realicen sobre una persona no asegurada por la póliza.
- No se considere objeto de cobertura el coste derivado de las actuaciones que en su caso puedan derivarse sobre los donantes de gametos.

Esta cobertura sólo se ofrecerá a través de los centros y profesionales concertados con la aseguradora, los cuales no tiene por qué estar necesariamente ubicados en la provincia del domicilio de los asegurados y, en todos los casos, han de ser prescritos por médicos de la aseguradora que tengan a su cargo la asistencia del asegurado, asistencia que ha de estar cubierta por la póliza.

- **Alcoholismo crónico y drogadicción**, queda incluido el diagnóstico, quedando excluido el tratamiento de estos casos (tanto en régimen de hospitalización como ambulatorio).

- **Cirugía Robótica Da Vinci**: queda cubierto Da Vinci para las indicaciones en 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 **estas asistencias tendrán una franquicia de siete mil euros (7.000 €) que deberá abonar previamente el Asegurado a la Aseguradora, a excepción del la patología prostática que no aplicará franquicia alguna.**

- **Inyecciones de ácido hialurónico**. Quedan incluidos 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, tanto en infiltración articular como en intervención quirúrgica de traumatología **con límite de 3 inyectables por año y usuario**, circunscrito para artrosis de rodilla.

- **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.

- Litotricia renal.
- Ondas de choque para calcificaciones musculotendinosas.

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

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

El seguro incluye **únicamente** las actuaciones médicas y quirúrgicas sobre el propio Asegurado que resulten necesarias para realizarle el trasplante autólogo de médula ósea (comprende trasplantes autólogos y heterólogos tanto de médula ósea como de células de progenitoras de sangre periférica) o un trasplante de cornea (incluye la cornea trasplantada), con las gestiones administrativas que ello conlleve.

Quedan excluidos otros trasplantes o autotrasplantes de órganos, tejidos o células no indicados en el detalle anterior. Asimismo quedan excluidas en todos los trasplantes de órganos, las actuaciones médicas y quirúrgicas a realizar sobre la persona del donante, sea o no Asegurado para la extracción del órgano a trasplantar a otra persona, y las actuaciones correspondientes a la conservación y traslado del órgano.

4.10. OTROS SERVICIOS

La cobertura de la asistencia sanitaria también conlleva:

- **Ambulancias.** Para el traslado dentro de la provincia de residencia de los enfermos cuyo estado físico lo requiera. **El seguro cubre exclusivamente el desplazamiento del Asegurado desde su domicilio al hospital o viceversa y sólo para ingreso hospitalario o asistencia de urgencia.** Será necesaria la prescripción de un facultativo del Cuadro Médico de la Aseguradora, salvo en caso de urgencia. **Quedan excluidos los gastos de transporte del Asegurado al centro y viceversa en casos de rehabilitación y fisioterapia, y en casos de diálisis.**
- **Preparación al parto.** Asistencia impartida en cursos de preparación que incluye los ejercicios físicos de relajación y de simulación de los periodos de dilatación y expulsión al parto.
- **Podología. Exclusivamente tratamientos de quiropodia en consulta.** Incluye el tratamiento de la uña encarnada por podología y el tratamiento del papiloma; el tratamiento quirúrgico de papilomas debe ser realizado por medico especialista (no podólogo).

- **Ortesis, Prótesis Externa y Sillas de ruedas.** En cuanto a las ortesis y prótesis externas, la Aseguradora reembolsará al Asegurado por estos conceptos, el **importe correspondiente recogido en el "Baremo de Material Ortoprotésico"**, y en caso de no estar incluido en éste, el que comparativamente sea más similar, y caso de no ser posible esta comparación se aplicará, como máximo, el coste establecido en el "Catálogo General del material ortoprotésico de cada comunidad y en su defecto el de la Comunidad de Madrid". En el caso de que algún producto no estuviera recogido en el citado Catálogo, se aplicará el baremo del producto más parecido.

- **Osteopatía.** Las sesiones se prestarán por un profesional acreditado del Cuadro Médico Asociado al producto bajo prescripción médica. **Se limita su cobertura a un total de 12 sesiones por Asegurado y anualidad de seguro.**

- **Accidentes de Trabajo, Tráfico y Enfermedades Profesionales:** quedan incluidos en los accidentes de trabajo, las enfermedades profesionales y los accidentes de tráfico. La Aseguradora podrá ejercer derechos de subrogación ante compañía de seguros de accidente de tráfico y MATEPSS.

- **Asistencia sanitaria derivada de la práctica deportiva:** Cualquier asistencia derivada de la práctica de cualquier deporte como aficionado no profesional. **Quedan excluidos los deportes de riesgo especificado por la Aseguradora.**

- **Cirugía Refractiva.** Se incluye la cobertura de cirugía refractiva, realización de intervenciones quirúrgicas mediante tecnología de láser excimer para la corrección de la miopía, hipermetropía y astigmatismo, en los centros concertados por la Aseguradora y con las franquicias estipuladas en cada caso según provincia y centro.

- **Crio-preservación de células madre de la sangre y del tejido del cordón umbilical.** Se incluye la cobertura de crio-preservación de células madre de la sangre y del tejido del cordón umbilical, que 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.

- **Incluye asistencia en la Clínica MD Anderson** según concierto con la Aseguradora.

- **Segunda opinión médica.** Servicio de información médica que complementa desde el conocimiento de un médico experto, el diagnóstico recibido por parte de su Médico responsable con relación a una enfermedad grave.

- Oncología.
- Enfermedades cardíacas, incluida las cirugías cardiacas y angioplastia.
- Trasplante de órganos.

Cláusulas descriptivas de la cobertura de asistencia sanitaria (Condiciones Generales)

- Enfermedades neurológicas y neuroquirúrgicas, incluidos los accidentes cerebro-vasculares.
- Cirugía ortopédica compleja.
- Síndromes y malformaciones congénitas.
- Enfermedades degenerativas y desmielinizantes del Sistema Nervioso.
- Enfermedades y dolencias derivadas de la insuficiencia renal.

3. Exclusiones comunes de la cobertura de asistencia sanitaria

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 de las lesiones producidas a causa de embriaguez, riñas (salvo en caso de legítima defensa), autolesiones o intentos de suicidio. Se entiende por embriaguez la establecida en la legislación sobre tráfico, circulación de vehículos de motor y seguridad vial, con independencia de que el siniestro suceda o no con ocasión de la conducción de vehículo a motor por el Asegurado.

C) Los fármacos y medicamentos de cualquier clase, productos sanitarios y medios de cura salvo los que se administren al paciente mientras esté hospitalizado, ya sea en régimen de ingreso, hospital de día o cirugía ambulatoria.

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

E) La asistencia sanitaria que se precise como consecuencia de lesiones producidas durante la práctica como profesional de cualquier deporte y/o actividad, así como la práctica no profesional de actividades manifiestamente peligrosas o de alto riesgo como el toreo o encierro de reses bravas, artes marciales, espeleología, submarinismo, escalada, puenting, parapente, paracaidismo, barranquismo, rafting, vuelo sin motor o cualquier otra de análoga naturaleza.

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

G) La cirugía robótica asistida en todas las especialidades, las cirugías profilácticas y las cirugías del cambio de sexo.

H) Cualquier tratamiento o prueba diagnóstica cuya utilidad o eficacia no esté contrastada científicamente o sean considerados de carácter experimental o no hayan sido ratificadas por las agencias españolas de evaluación de tecnologías sanitarias.

No obstante lo anterior, en los supuestos contemplados en las anteriores exclusiones B), D), y E), la Aseguradora asume la asistencia sanitaria que deba prestarse al Asegurado en situación de urgencia y mientras ésta dure. Si la asistencia urgente incluye la hospitalización del paciente, la cobertura finalizará a las 24 horas del ingreso de éste en el centro hospitalario.

6. 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.

Cláusulas descriptivas de la cobertura de asistencia sanitaria (Condiciones Generales)

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.

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.

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

Adeslas